De aanpak van suïcidegedachten en -gedragingen bij de behandeling van middelenmisbruik: noodzakelijke informatie

Gebaseerd op 'Addressing Suicidal Thoughts and Behaviors in Substance Abuse Treatment: A Treatment Improvement Protocol. TIP 50 (2009). Ontwikkeld door U.S. Department of Health and Human Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.



VAD, Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw
Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel vad@vad.be | www.vad.be

Colofon

Vertaling

Vertaalbureau Alfabet
VAD

Verantwoordelijke uitgever

F. Matthys, Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel







VAD, Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw
Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel
T 02 423 03 33 | F 02 423 03 34 | vad@vad.be | www.vad.be



Met de steun van het Fonds tot bestrijding van de verslavingen



1. INLEIDING

De oorspronkelijke richtlijn werd zo getrouw mogelijk vertaald.[1] *VAD is dan ook niet verantwoordelijk voor de inhoud van deze richtlijn.*

Dit hoofdstuk uit het Treatment Improvement Protocol 50 'Addressing Suicidal Thoughts and Behaviors in Substance Abuse Treatment' werd vertaald in het kader van het project 'Kwaliteitsbevordering in de Verslavingszorg', gesubsidieerd door het fonds ter bestrijding van verslavingen.

In deze publicatie vindt u een vertaling het hoofdstuk 'noodzakelijke informatie' ontwikkeld door de 'U.S. Department of Health and Human Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration'.

Indien u graag uitgebreidere informatie wil kan u deze vinden in de oorspronkelijke richtlijn.

[1] Bron: *''Addressing Suicidal Thoughts and Behaviors in Substance Abuse Treatment: A Treatment Improvement Protocol. TIP 50 (2009). U.S. Department of Health and Human Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Rockville*

1. Inleiding

1.1. Wist u dat?

- Zelfdoding is een van de voornaamste doodsoorzaken bij mensen die te maken hebben met drugs- en alcoholmisbruik (Wilcox, Conner, & Caine, 2004).
- Personen die voor alcoholmisbruik of –afhankelijkheid worden behandeld lopen in vergelijking met de algemene bevolking ongeveer 10 keer meer risico om uiteindelijk door zelfdoding om het leven te komen en mensen die drugs injecteren ongeveer 14 keer meer (Wilcox et al., 2004).
- Personen met middelengerelateerde stoornissen, lopen ook een groter risico om suïcide-ideeënte hebben en suïcidepogingen te plegen (Kessler, Borges, & Walters, 1999).
- Mensen met middelengerelateerde stoornissen die in behandeling zijn, lopen een bijzonder groot risico op suïcidegedrag. Daarvoor zijn er talrijke redenen, onder andere:
    - Ze starten de behandeling op het ogenblik dat ze de controle over hun middelenmisbruik verloren hebben, waardoor verscheidene risicofactoren voor zelfdoding groter worden (Ross, Teesson, Darke, Lynskey, Ali, Ritter et al., 2005).
    - Ze starten de behandeling op een moment waarop tegelijk ook andere levenscrisissen voorkomen (bijv. in het huwelijk, op juridisch gebied, op het werk) (Ross et al., 2005).
    - Ze beginnen met de behandeling wanneer hun depressieve symptomen een piek hebben bereikt (Ross et al., 2005).
    - Psychiatrische stoornissen (bijv. depressie, posttraumatische stressstoornis (PTSS), angststoornissen, sommige persoonlijkheidsstoornissen) die in verband kunnen worden gebracht met suïcidaal gedrag, komen vaak gelijktijdig voor bij mensen die voor middelengerelateerde stoornissen werden behandeld.
    - Crisissen waarvan geweten is dat ze het risico op zelfdoding verhogen, komen tijdens de behandeling soms voor (bijv. bij een terugval en de overgang naar een andere behandeling).

1.2. Wie moet dit hoofdstuk lezen?

Suïcidaal risico is een probleem dat elke eerstelijnsbegeleider bij middelenmisbruik moet kunnen aanpakken. Deze richtlijn is voor u bedoeld indien u een begeleider bent in een behandelprogramma van middelenmisbruik en/of indien u met personen werkt die zowel een probleem hebben met middelenmisbruik als met hun geestelijke gezondheid en/of indien u instaat voor de supervisie van of overleg pleegt met begeleiders. Hoewel de informatie in deze richtlijn specifiek is voor cliënten bij wie een diagnose van middelenmisbruik werd gesteld en die suïcidegedachten en –gedragingen vertonen, kan de inhoud ook worden veralgemeend voor begeleiders die werken met mensen met suïcide-ideeën of die suïcidegedrag vertonen.

1.3. Waarom een TIP over zelfdoding voor begeleiders en supervisors bij middelenmisbruik?

Onderzoek toont aan dat er een hoge prevalentie van suïcidegedachten en -pogingen is bij personen met middelenmisbruik die in behandeling zijn (Ilgen, Harris, Moos, & Tiet, 2007) en een significante prevalentie van overlijden door zelfdoding bij personen die op een bepaald ogenblik in behandeling zijn geweest voor middelenmisbruik in vergelijking met de personen voor wie geen diagnose van middelengerelateerde stoornis werd gesteld (Wilcox et al., 2004). Bijgevolg moeten aanbieders van behandelingen voor middelenmisbruik bereid zijn om stelselmatig informatie te verzamelen, cliënten door te verwijzen en deel te nemen aan de behandeling van cliënten met risico op suïcidegedrag. Suïcidegedachten en –gedragingen zijn bovendien een significante indicator van andere comorbide stoornissen (zoals een zware depressie, een bipolaire stoornis, een posttraumatische stressstoornis (PTSS), schizofrenie en een aantal persoonlijkheidsstoornissen) die moeten worden onderzocht, gediagnosticeerd en behandeld om de resultaten van de behandeling van middelenmisbruik te verbeteren.

1.4. U kunt dit doen!

Dankzij uw klinische opleiding over middelenmisbruik bevindt u zich in een uitstekende positie om de taken te vervullen die in deze TIP nader worden toegelicht. U zult zien dat de eerste stap in de aanpak van suïcidaal gedrag erin bestaat informatie te verzamelen, om met andere woorden, net hetzelfde te doen wat u, als hulpverlener, nu elke dag doet. Indien een cliënt bijvoorbeeld last zou hebben van 'craving' , dan zou u in eerste instantie proberen om daar meer over te weten te komen. Denk na over het soort vragen dat u zou stellen. Mogelijke vragen zijn onder andere: "Vertel me eens over de drang die u hebt. Hoe vaak hebt u er last van? Hoe sterk is die drang? Wat maakt het erger?" Die vragen zijn net dezelfde als die welke u zou stellen in het geval van suïcidegedachten: "Vertel me eens over uw suïcidegedachten. Hoe vaak hebt u dergelijke gedachten? Hoe sterk zijn ze? Waardoor worden ze erger?" Met andere woorden, zelfs al bent u misschien minder goed vertrouwd met sommige inhoudsdomeinen, toch beschikt u door uw opleiding in en ervaring met het domein van middelenmisbruik over de basis die u nodig hebt om samen met uw cliënten dieper in te gaan op suïcidale gedragingen.

1.5. Aanbevelingen van het Consensuspanel

U bent een goed opgeleide professional in middelenmisbruik of een specialist van geïntegreerde zorgbehandelingen die met personen met comorbide middelengebruik en psychiatrische stoornissen werkt, maar heel waarschijnlijk hebt u nooit een grondige opleiding gekregen om de suïcidegedachten en –gedragingen van uw cliënten aan te pakken. Met deze TIP willen we deze leemte opvullen en uw begrip van relevante psychiatrische stoornissen vergroten.

Meer concreet beveelt het consensuspanel aan om de volgende werkwijze te volgen:

- Cliënten in een behandeling voor middelenmisbruik, moeten bij de opname en op welbepaalde momenten tijdens de behandeling stelselmatig worden gescreend op suïcidegedachten en -gedragingen (zie p. 15–18). Cliënten met grote risicofactoren moeten tijdens de hele behandeling op regelmatige tijdstippen worden gescreend.



- Begeleiders moeten worden voorbereid om een behandelplan op te stellen en te implementeren dat suïcidaal gedrag aanpakt en om dit plan af te stemmen op de initiatieven van andere zorgaanbieders.
- Indien een cliënt wordt doorverwezen, moeten begeleiders nagaan of de afspraken bij de doorverwijzing worden nageleefd en de cliënten na de crisissen blijven opvolgen. Dit door een permanente coördinatie met aanbieders van geestelijke gezondheidszorg en andere professionals, familieleden en gemeenschapdiensten, afhankelijk van de situatie.
- Begeleiders moeten een basiskennis verwerven over de rol van waarschuwingssignalen, risicofactoren en beschermende factoren, aangezien deze verband houden met het suïcidaal risico.
- Begeleiders moeten zich kunnen inleven in een situatie en geen oordeel vellen over personen die met suïcidegedachten en –gedragingen kampen.
- Begeleiders moeten de impact van hun eigen attitudes tegenover en hun ervaringen met suïcidaal gedrag goed kunnen inschatten wanneer ze advies geven aan cliënten.
- Begeleiders moeten de ethische en juridische beginselen en potentiële conflictgebieden begrijpen die zich kunnen voordoen wanneer ze werken met cliënten die met suïcidegedachten en –gedragingen kampen.

2. Zich voorbereiden om suïcidaliteit aan te pakken

Het is belangrijk dat u zich comfortabel en deskundig voelt wanneer u aan uw cliënten vragen stelt over suïcide-ideeën en suïcidegedrag. Het kan een uitdaging zijn om het niveau waarop u zich comfortabel voelt in overeenstemming te brengen met de noodzaak om precieze en duidelijke informatie te krijgen die u in staat stelt om uw cliënt op de best mogelijke manier te helpen. Hierna volgen enkele suggesties van het consensuspanel om dit proces te faciliteren.

2.1. Stel rechtstreekse vragen

Met cliënten over hun suïcidegedachten en over de dood spreken is absoluut niet eenvoudig. U moet dit ongemak overwinnen, omdat u anders een vraag zou kunnen stellen die elk gesprek onmiddellijk zou beëindigen, bijvoorbeeld "Eigenlijk hebt u niet echt suïcidegedachten, of toch?" Een dergelijke situatie kan er ook voor zorgen dat begeleiders geen rechtstreekse vragen stellen over suïcidaliteit, wat maakt dat de patiënt zich niet op zijn gemak voelt, impliceert dat het thema taboe is of tot verwarring en een gebrek aan duidelijkheid leidt. Begeleiders kunnen bijvoorbeeld leren om vragen te stellen als "Denkt u erover na om zelfdoding te plegen?". Uiteraard zijn dood en zelfdoding maar twee voorbeelden van taboethema's. Dezelfde opmerkingen kunnen worden gemaakt wanneer het gaat over seksualiteit en seksuele geaardheid, geld en financiële aangelegenheden en fantasieën en gedragingen binnen een relatie. Het verschil is dat vragen over suïcidegedachten levensreddend kunnen zijn, aangezien een cliënt zich veilig en begrepen genoeg voelt om samen met u, de begeleider, over zijn bekommernissen en overtuigingen te spreken. Het is belangrijk op te merken dat er geen empirisch bewijs bestaat dat met iemand over zelfdoding spreken een persoon suïcidaal kan maken.

2.2. Verhoog uw kennis over suïcidaliteit

Een van de beste manieren om zich meer op zijn gemak te voelen met eender welk thema, is er meer over te weten komen. Dat geldt ook voor het thema zelfdoding. Enkele van de omstandigheden kennen waarin mensen suïcidaal worden, hoe suïcidaliteit zich openbaart, welke waarschuwingssignalen op een mogelijk suïcidaal gedrag wijzen, welke vragen moeten worden gesteld om suïcidaliteit te herkennen, en - misschien het belangrijkste - hoe effectief kan worden opgetreden,… kunnen uw deskundigheid verhogen en dus maken dat u zich comfortabeler voelt wanneer u dit probleem met uw cliënten aankaart.

2.3. Doe wat u nu al goed doet

Goede begeleiders leven zich in, zijn begripvol en bieden steun. Ze vertrouwen op hun ervaring en hun intuïtie. Wanneer ze met suïcidegedachten en –gedragingen worden geconfronteerd, gebruiken ze echter soms ongewild contratherapeutische praktijken , zoals het stellen van agressieve vragen aan de cliënten over hun gedachten en gevoelens, vragen aan de cliënten dat ze hen verzekeren dat ze veilig zijn, terwijl de cliënten een dergelijke verzekering niet kunnen bieden, bazig worden en niet meer samenwerken met de cliënten en/of gevoelige thema's vermijden om geen verdriet teweeg te brengen. Die contratherapeutische praktijken kunnen het gevolg zijn van angst en een gebrek aan vertrouwdheid met het probleem, maar ook voortkomen uit de schrik voor een rechtszaak indien de cliënt effectief zelfdoding zou plegen of proberen te plegen. Gezien deze schrik en problemen is het begrijpelijk dat begeleiders die bijzonder gekwalificeerd zijn in andere situaties in de val lopen en zich ertoe laten verleiden om een "ondervrager" te worden. Hoe kan u dit vermijden? Kies bewust voor een andere aanpak. Blijf met uw twee voeten op de grond en doe een beroep op uw therapeutische vaardigheden wanneer u met suïcidale gedragingen wordt geconfronteerd, aangezien het op dat moment van het allergrootste belang is om terug te vallen op (en zeker niet af te wijken van) uw therapeutische bekwaamheden, ervaring en opleiding. Verzamel objectieve gegevens, net zoals u objectieve gegevens zou verzamelen over het middelengebruik van een cliënt, maar zorg er wel voor dat uw inlevingsvermogen of uw betrokkenheid daarbij niet verloren gaan.

2.4. Praktijkervaring blijven opdoen

Herinnert u zich nog de eerste cliënt met middelenmisbruik die u hebt geïnterviewd? Herinnert u zich nog hoe u innerlijk op dit interview hebt gereageerd? In vergelijking me toen voelt u zich nu veel meer op uw gemak wanneer u met cliënten over hun voorgeschiedenis van druggebruik, hun huidige symptomen en hun plannen voor een ontwenningskuur praat. Niets neemt angst meer weg dan praktijkervaring. Hetzelfde geldt wanneer u met cliënten over suïcidegedachten en –gedragingen spreekt. Indien u zich minder ongemakkelijk wil voelen wanneer u dit thema voor het eerst aansnijdt, oefen dan eerst met een andere begeleider of met uw klinische supervisor. Probeer feedback te krijgen over hoe u overkomt. Vraag bij al uw cliënten naar suïcidaliteit. Naarmate u meer ervaring opdoet, zult u zich bekwamer voelen. U kunt eventueel ook overwegen om een workshop of een bijkomende opleiding te volgen die specifiek over suïcidaliteit gaat.

2.5. Zorg voor een goede klinische supervisie en overleg

Klinische supervisie is een schitterende manier om nieuwe vaardigheden te leren en in te oefenen. Spreek af met uw klinische supervisor om de ontwikkeling van vaardigheden rond suïcidaliteit op te nemen in uw Individueel Ontwikkelingsplan. Vraag feedback van uw supervisor over uw attitudes tegenover suïcidale cliënten en uw vaardigheden bij het interviewen van cliënten. Samenwerken met een behandelingsteam verhoogt nagenoeg altijd de kwaliteit van de informatieverzameling, de besluitvorming en de ondernomen actie(s).

2.6. Werk samen met suïcidale cliënten

Net zoals u uw cliënten betrekt bij de uitwerking van een behandelplan voor hun middelenproblematiek, dient u hen ook te betrekken bij het opstellen van een suïcidepreventieplan. De meest doeltreffende manier om dit te doen is op een betrokken, maar niet alarmerende manier vragen stellen over zelfdoding. U kunt uw bezorgdheid uiten op een niet-alarmerende manier, net als u zou doen voor elk ander probleem. Leg de reden(en) voor uw bezorgdheid uit en de eventuele actie(s) die u onderneemt, probeer input te krijgen over wat zou kunnen helpen om hun veiligheid te verzekeren en houd (samen met uw supervisor) zo veel mogelijk rekening met de input van de cliënt om de acties te bepalen die u zult ondernemen. Meestal zal de cliënt willen samenwerken, in het bijzonder wanneer u tijd neemt om te luisteren en uw acties nader toe te lichten. "Informed consent" (voorafgaande geïnformeerde toestemming) moet deel uitmaken van de samenwerking met uw cliënt. Informeer hem of haar over mogelijke stappen die kunnen ondernomen worden om het suïcidaal risico te verminderen, indien nodig de procedure voor doorverwijzing, en mogelijke problemen in verband met de vertrouwelijkheid. Uiteraard kunnen er momenten zijn waarop u en uw supervisor actie zullen moeten ondernemen indien een cliënt niet akkoord gaat (bijv. een onmiddellijke evaluatie van zijn of haar toestand regelen in een ziekenhuis), maar zelfs in die vrij zeldzame omstandigheden kunt u nog altijd de input van de cliënt vragen en proberen om zo goed mogelijk samen te werken.

2.7. Wees u bewust van de beperkingen met betrekking tot de vertrouwelijkheid en spreek openlijk met uw cliënten over die beperkingen

U moet zich terdege bewust zijn van de ethische en juridische principes en van mogelijke conflictdomeinen omdat de veiligheid en de bescherming van de cliënt in sommige crisissituaties primeren op de vertrouwelijkheid. Leg de cliënten, wanneer u hen voor het eerst ontmoet en telkens wanneer dit aangewezen is tijdens de behandeling, uit dat u in het geval van een suïcidaal risico eventueel stappen zult ondernemen om hun veiligheid te verzekeren (met inbegrip van de mogelijkheid om de vertrouwelijkheid te breken, een spoedinterventie te organiseren, ook wanneer de cliënt bezwaren heeft en met betrokkenheid van personeel van spoeddiensten). Aan de cliënten mag niet de verkeerde indruk worden gegeven dat alles vertrouwelijk is of dat alle types van behandelingen altijd vrijwillig gebeuren.



2.8. Tien punten om u op koers te houden

Punt 1: Nagenoeg al uw cliënten die suïcidaal zijn, hebben ambivalente gevoelens met betrekking tot leven of niet leven.

Uitleg: Zowel willen sterven als willen leven is typisch voor de meeste personen die suïcidaal zijn, zelfs voor degenen die ernstig suïcidaal zijn (zie bijv. Brown, Steer, Henniques, & Beck, 2005). Zo worden bijvoorbeeld "twijfelwonden" bijzonder vaak vastgesteld bij personen die zelfdoding hebben gepleegd (bijv. "twijfelschrammen" vóór een dodelijke snij- of steekwonde, bloeduitstortingen op de slaap die erop wijzen dat een revolver daar al verscheidene malen was tegengehouden alvorens de trekker over te halen). Er werd zelfs geopperd dat de strijd tussen willen sterven en willen leven de kern vormt van een suïcidecrisis (Shneidman, 1985). Neem suïcidegedachten ernstig en denk na over manieren om een realistische hoop te versterken. Doe alles wat in uw macht ligt om de kant van de cliënt te steunen die wil leven, maar bagatelliseer of negeer de tekenen niet die erop wijzen dat hij of zij wil sterven.

Punt 2: Suïcidecrises kunnen worden overwonnen.

Uitleg: Gelukkig is acute suïcidaliteit een voorbijgaande toestand (Shneidman, 1985). Zelfs personen die een groot en langdurig risico lopen, zijn vaker niet-suïcidaal dan suïcidaal. Bovendien zijn de meeste personen die ernstige suïcidepogingen hebben ondernomen opgelucht dat ze niet gestorven zijn nadat ze acute medische en/of psychiatrische zorg hebben gekregen. De uitdaging bestaat erin de cliënten te helpen om de acute perioden van suïcidecrisis door te komen tot ze opnieuw willen leven. Daarnaast hebben behandelingen voor suïcidale cliënten, van wie er velen met middelengerelateerde stoornissen, met inbegrip van cognitieve gedragstherapie (CGT) (Brown et al., 2005) en dialectische gedragstherapie (DGT) (Linehan, Schmidt, Dimeff, Craft, Kanter, & Comtois, 1999), aangetoond dat er positieve resultaten kunnen worden behaald om de herhaalde suïcidepogingen te verminderen. Ook interventies die succesvol zijn voor de behandeling van belangrijke risicofactoren, zoals ernstig middelengebruik, depressie en conflicten in het huwelijk, kunnen het suïcidegedrag verminderen. Alhoewel de beschikbare gegevens beperkt zijn, werd ook aangetoond dat andere specifieke interventies overlijden door zelfdoding kunnen verhinderen. (Mann, Apter, Bertolote, Beautrais, Currier, Haas et al., 2005).

Punt 3: Alhoewel zelfdoding niet met zekerheid kan worden voorspeld, is de inschatting van het suïcidaal risico (suïcide risk assessment) een waardevol klinisch instrument.

Uitleg: Hulpverleners uit de verslavingszorg werken met een groot aantal cliënten die een ernstig risico lopen. Nauwkeurig bepalen wie zelfdoding zal plegen door gebruik te maken van tests of een klinische beoordeling is uiterst moeilijk, om niet te zeggen onmogelijk (Pokorny, 1983). Alhoewel men niet kan weten wie er precies zelfdoding zal plegen, is de inschatting van het suïcidaal risico een waardevol klinisch instrument, omdat het ervoor kan zorgen dat de personen die meer nood hebben aan dienstverlening de hulp krijgen die ze nodig hebben. Men heeft, met andere woorden, geen kristallen bol nodig indien de informatie die uit de beoordeling naar voren komt, aantoont dat een cliënt in het profiel past van een persoon die een significant gevaar loopt om zelfdoding te plegen. In dergelijke gevallen moeten passende acties worden ondernomen.

Punt 4: Acties met betrekking tot suïcidepreventie moeten worden voortgezet na de onmiddellijke crisis.



Uitleg: cliënten in alcohol- en drughulpverlening die op lange termijn risicofactoren voor zelfdoding vertonen (bijv. depressie, voorgeschiedenis van seksueel misbruik als kind, huwelijksproblemen, herhaalde terugval in middelenmisbruik) moeten voor deze problemen worden behandeld, ongeacht het feit of er indicaties zijn voor een actueel suïcidaal risico. Personen die een voorgeschiedenis van ernstige suïcidegedachten of suïcidepogingen hebben, maar geen recente suïcidegedachten of –gedragingen vertonen, kunnen worden opgevolgd om een eventuele terugkeer van het suïcidale gedrag te onderkennen.

Punt 5: Non-suïcidecontracten zijn niet aanbevolen en volstaan nooit.

Uitleg: Non-suïcidecontracten worden vaak gebruikt als losstaande interventie, maar ze volstaan nooit om de veiligheid van de cliënt te verzekeren. Veiligheidscontracten worden op grote schaal gesloten om de wettelijke aansprakelijkheid te verminderen, maar het consensuspanel heeft geen weet van overtuigende bewijzen dat dergelijke contracten eender welke bescherming bieden tegen rechtszaken. Ze kunnen, in feite, een rechtszaak meer waarschijnlijk maken indien de inspanningen die werden geleverd om zelfdoding te voorkomen van het contract blijken af te hangen of indien ze de begeleider een vals gevoel van veiligheid bieden. Het is misleidend om beslissingen te baseren op het feit of de cliënt een veiligheidcontract al of niet "kan" of "niet kan" of "zal" of "niet zal" ondertekenen. Gebruik deze richtlijn en kies een van de vele andere strategieën om de veiligheid te bevorderen. Indien u dan al contracten gebruikt, doe dat dan bijzonder omzichtig.

Punt 6: Sommige cliënten zullen een suïcidaal risico blijven lopen, zelfs nadat ze niet meer afhankelijk zijn van alcohol of drugs.

Uitleg: Abstinentie moet een primair doel zijn van elke cliënt met een middelengerelateerde stoornis die suïcidegedachten en/of –gedragingen vertoont (Weiss & Hufford, 1999). Het risico zal voor de meeste cliënten immers verminderen wanneer ze abstinent zijn. Niettemin blijven sommige personen toch een risico lopen zelfs nadat ze hun afhankelijkheid hebben overwonnen (Conner, Duberstein, Conwell, Herrmann, Jr., Cox, Barrington et al., 2000). Cliënten met een onafhankelijke depressie (die niet wordt opgelost door abstinentie of niet door middelen is veroorzaakt), personen met onopgeloste moeilijkheden die suïcidegedachten bevorderen (bijv. een verslechterende relatie met een partner, aanhoudend huiselijk geweld, victimisering, een hangende veroordeling door een rechtbank), personen met een uitgesproken persoonlijkheidsstoornis (bijv. een borderline-persoonlijkheidsstoornis), personen met een traumatische voorgeschiedenis (bijv. van seksueel misbruik), en/of personen die aan een ernstige psychiatrische stoornis lijden, kunnen blootgesteld blijven aan een suïcidaal risico.

Punt 7: Suïcidepogingen moeten altijd ernstig worden genomen.

Uitleg: Vaak komen de intentie om een suïcidepoging te plegen en de dodelijkheid van de gekozen methode niet overeen (Brown, Henriques, Sosdjan, & Beck, 2004). Zo kunnen cliënten die absoluut willen sterven (en ook verwachten te sterven) niettemin overleven, omdat hun methode niet waterdicht was en/of omdat ze bij hun suïcidepoging werden gestoord of achteraf gered. Een eerdere suïcidepoging is immers een zeer belangrijke risicofactor om uiteindelijk door zelfdoding om het leven te komen (Kapur, Cooper, King-Hele, Webb, Lawlor, Rodway et al., 2006). Alle suïcidepogingen moeten ernstig worden genomen, ook die welke slechts een gering risico van overlijden inhouden. Ze moeten allemaal zorgvuldig worden onderzocht en bekeken met oog voor de voorgeschiedenis van de cliënt en de toestand waarin hij of zij zich nu bevindt.



Punt 8: Suïcidale personen zenden doorgaans waarschuwingssignalen uit.

Uitleg: Gelukkig zenden suïcidale personen doorgaans waarschuwingssignalen uit Die signalen kunnen vele verschillende vormen aannemen (bijv. hopeloosheid uitdrukken of over zelfdoding spreken, en worden vaak herhaald. De moeilijkheid bestaat erin die signalen te herkennen voor wat ze zijn. Zie hiervoor het deel over Waarschuwingssignalen (p. 11–12).

Punt 9: Het is te verkiezen om cliënten te vragen naar zelfdoding en om directe vragen te stellen.

Uitleg: Beschikbare gegevens ondersteunen het idee niet dat een persoon eerder zelfdoding zou plegen omdat er vragen over zelfdoding worden gesteld (Gould et al., 2005). De invloed van een begeleider is beperkt. Hij kan er zeker niet voor zorgen dat een cliënt het idee opvat om zelfdoding te plegen noch om een dergelijk idee op wonderbaarlijke wijze uit zijn of haar hoofd te praten. Indien u het niet vraagt, bestaat de kans dat u nooit te weten komt of een cliënt suïcidaal is. Wij willen u aanmoedigen om rechtstreekse vragen te stellen over suïcidegedachten (zie het deel Informatie verzamelen, p. 14–18).

Punt 10: Het resultaat vertelt niet het hele verhaal.

Uitleg: Zelfdoding komt veel minder vaak voor dan vele andere uitkomsten van behandeling waarmee begeleiders in contact komen (bijv. terugval, uitval tijdens de behandeling). Cliënten met een beduidend risico kunnen overleven, ook al werden ze nooit gescreend en beoordeeld en ook al werd hen nooit hulp aangeboden voor zelfdoding, gewoonweg wegens het relatief lage suïcidepercentage. Daarom houdt een goed resultaat (overleven) op zich niet noodzakelijk verband met een degelijke behandeling van suïcidegedachten en –gedragingen. Anderzijds kan een klinisch team waardevol werk leveren door een cliënt die een groot risico loopt te screenen en te beoordelen en door in te grijpen. Ondanks die inspanningen kan het voorkomen dat een cliënt met een hoog risico uiteindelijk toch overlijdt door zelfdoding. Dit betekent echter ook dat een tragisch resultaat (overlijden) op zichzelf niet gelijkstaat met een foutieve behandeling van suïcidaliteit.

2.9. Behoud positieve attitudes

Attitudes met betrekking tot zelfdoding verschillen sterk. Sommige mensen hebben religieuze of spirituele overtuigingen die zware sancties voorzien in geval van suïcidaal gedrag. Anderen zien zelfdoding als een te overwegen optie om een einde te maken aan onvoorstelbare pijn of lijden of als een aanvaardbare optie in andere omstandigheden. Nog anderen vinden dat het geen probleem is om over zelfdoding na te denken, maar dat men niet mag toegeven aan dergelijke gedachten. Onze attitudes worden beïnvloed door onze cultuur, ervaringen uit onze kindertijd en, in het bijzonder, door onze professionele en persoonlijke ervaringen met suïcidegedachten en -gedragingen.

Alvorens begeleiders met suïcidale cliënten beginnen te werken, wordt hen aangeraden om grondig na te gaan hoe ze zelf tegenover zelfdoding staan. Het is niet de bedoeling om uw eigen zienswijze te veranderen, maar wel om u te helpen inzicht te krijgen in uw opinies hierover en na te gaan hoe die opinies uw wisselwerking met de cliënten positief of negatief kunnen beïnvloeden. Een aantal vragen die u zich bij een dergelijk gewetensonderzoek zou kunnen stellen, zijn:

- Welke is mijn persoonlijke voorgeschiedenis en die van mijn familie met suïcidegedachten en -gedragingen?
- Welke persoonlijke ervaringen heb ik met zelfdoding of suïcidepogingen en hoe beïnvloeden die mijn werk met suïcidale cliënten?
- Welke emotionele reactie heb ik tegenover cliënten die suïcidaal zijn?
- Hoe voel ik mij wanneer ik met cliënten over hun suïcidegedachten en –gedragingen spreek?
- Wat heb ik tijdens mijn opleiding over zelfdoding geleerd?
- Hoe beïnvloedt wat ik toen heb geleerd de manier waarop ik nu omga met mensen die suïcidaal zijn en wat denk ik over suïcidale cliënten?
- Welke overtuigingen en attitudes heb ik nu die mijn werk met suïcidale personen zouden kunnen beperken?

Eventueel zou het ook nodig kunnen zijn om die zienswijzen verder te verduidelijken door te overleggen met uw klinische supervisor of met uw collega's.

Zoals eerder aangegeven, worden uw attitudes over zelfdoding sterk beïnvloed door uw ervaringen met zelfdoding en vergelijkbare gebeurtenissen . Het hoeft niet te worden gezegd dat uw reacties op zelfdoding en op mensen die suïcidaal zijn meer dan waarschijnlijk door uw attitudes zullen worden beïnvloed en dat die attitudes van essentieel belang zijn voor uw werk met suïcidale personen. Empathie kan u helpen om u betrokken te voelen en begrip te tonen voor mensen die zich in een suïcidecrisis bevinden. Een negatieve houding kan zorgen dat u kansen misloopt om hoop en hulp te bieden of dat u overdreven reageert tegenover personen die zich in een suïcidecrisis bevinden. Hieronder vindt u een aantal punten in verband met uw attitude die u kunt overwegen wanneer u met suïcidale personen werkt.

Positieve houding en gedrag 1: Cliënten in de verslavingszorg hebben vaak ook bijkomende dienstverlening nodig om hun veiligheid te verzekeren.

Uitleg: Een behandeling voor middelenmisbruik kan het risico van zelfdoding verminderen. Een goede werkrelatie met een professional die gespecialiseerd is in de behandeling van middelenmisbruik biedt ongetwijfeld een krachtige bescherming tegen zelfdoding. Toch kan het zijn dat personen die acuut suïcidaal zijn een uitgebreidere dienstverlening nodig hebben (bijv. psycho-diagnostiek, een spoedopname voor een korte periode in een ziekenhuis) om hun veiligheid te verzekeren. Daarnaast kunnen sommige cliënten, onder andere cliënten die weinig contacten hebben met andere cliënten en met behandelinstellingen, cliënten die tijdens de behandeling weinig vooruitgang boeken en cliënten die voor belangrijke overgangen in de zorg staan (bijv. de overgang van residentiële naar ambulante zorg of na een administratief ontslag) een groter risico lopen. Een empathische houding kan u helpen om die uitdagende omstandigheden te herkennen en om proactief te evalueren en in te grijpen..

Positieve houding en gedrag 2: Alle cliënten moeten in de regel worden gescreend op suïcidegedachten en –gedragingen.

Uitleg: "Don't ask, don't tell" ("vraag er niet naar, zeg het niet") is geen effectieve aanpak. Onderneem de volgende acties om te vermijden dat cliënten aan levensbedreigende situaties worden blootgesteld en dat uzelf en uw instelling het risico lopen om te worden vervolgd wegens nalatigheid of medische fouten.

- Screen de cliënten op suïcidegedachten en stel zorg voor follow-up.
- Zorg voor follow-up bij cliënten waarbij er eerder een risico werd vastgesteld.
- Onderneem passende actie wanneer er een risico wordt vastgesteld.

- Documenteer de suïcidegerelateerde screening en interventies.
- Vermeld het suïcidaal risico bij contacten met een andere professional of instelling.

Positieve houding en gedrag 3: Alle uitdrukkingen van suïcidaliteit wijzen op een aanzienlijke psychische nood en een verhoogde kwetsbaarheid die verdere vragen en actie vereisen.

Uitleg: Zelfs in de zeldzame omstandigheden waarin cliënten doelbewust verslagen over suïcidegedachten of suïcideplannen gebruiken om hun behandelprogramma te manipuleren, moeten hun uitdrukkingen van suïcidaliteit ernstig worden genomen. Wanneer blijkt dat cliënten suïcidaliteit "gebruiken", moet dit worden beschouwd als een zeer gebrekkige manier om met het probleem om te gaan. Er is immers vaak meer dan één reden om zelfdoding te overwegen (bijv. personen die niet alleen wensen te sterven, maar ook de aandacht willen trekken). U moet de cliënten aanspreken op hetgeen ze zelf aanbrengen in plaats van uw eigen agenda op te dringen. Indien suïcidegedachten of –gedragingen zich voordoen, moet de aanpak van de suïcidaliteit een prioriteit zijn. Zelfs indien cliënten niet echt wensen te sterven, kunnen ze besluiten om uit het leven te stappen om "hun gezicht niet te verliezen" wanneer hun suïcide-ideeën niet ernstig worden genomen.

Positieve houding en gedrag 4: Waarschuwingssignalen van zelfdoding kunnen indirect zijn. Ontwikkel een verhoogde sensitiviteit voor deze signalen.

Uitleg: Gelukkig sturen cliënten vaak waarschuwingssignalen uit voor ze een suïcidepoging ondernemen. Vaak geven ze daarbij aan dat ze suïcidegedachten of – plannen hebben. Meer indirecte signalen zijn een uitdrukking van hopeloosheid, het gevoel dat men zich "opgesloten" voelt, dat men wordt geleefd of geen doel meer heeft in het leven, en duidelijk waarneembare signalen zoals het feit dat ze zich in zichzelf terugtrekken, stemmingswisselingen of roekeloos gedrag vertonen. Indien dergelijke signalen worden vastgesteld, moeten ze zeker worden opgevolgd. Naast het screenen van de bestaande risico's, moeten begeleiders zich ook bewust zijn van eerdere suïcidegedachten en –gedragingen van de cliënten en goed letten op aanwijzingen voor terugkerende suïcidegedachten of -gedragingen en/of eventuele waarschuwingssignalen, vooral wanneer zich in het leven van een persoon acute stresserende gebeurtenissen voordoen (bijvoorbeeld herval, de beëindiging van een relatie of een psychologisch trauma).

Positieve houding en gedrag 5: Het suïcidegedrag uit het verleden van een cliënt kan informatie geven over de elementen die suïcidegedrag kunnen uitlokken.

Uitleg: Spreken over eerdere suïcidegedachten en -gedragingen is een belangrijk onderdeel in de informatieverzameling voor het screenen van een suïcidaal risico. De omstandigheden van eerdere suïcide-ideeën en –pogingen kunnen belangrijke inzichten bieden in scenario's die in de toekomst het risico kunnen verhogen. Sommige cliënten kunnen om allerhande redenen, waarvoor men respect moet hebben (bijv. ze hebben er vroeger nooit over gesproken, ze waren op hun absolute dieptepunt, de spirituele implicaties), nood aan hebben om diepgaander op hun suïcidegedrag uit het verleden in te gaan.

Positieve houding en gedrag 6: Aan cliënten die een suïcidaal risico lopen, moet u het telefoonnummer van een zelfmoordlijn geven. Het kan alleen maar baten en niet schaden en kan effectief een leven redden.

Uitleg: Het klopt dat sommige cliënten nooit het nummer van een telefoonlijn zullen gebruiken. Anderen zullen echter wel gebruik maken van dit nummer. Het is zeker te verkiezen om aan alle cliënten die een suïcidaal risico kunnen lopen dit nummer te geven, omdat men nooit kan weten wie er voordeel zal uit halen. Bied daarnaast aan alle risicocliënten ook andere opties aan, bijvoorbeeld hoe ze na de normale werkuren contact kunnen opnemen met spoeddiensten en welke psychiatrische spoeddiensten ze in hun buurt kunnen vinden. Geef hen ook instructies hoe ze naar de spoeddiensten van het dichtstbijzijnde ziekenhuis kunnen gaan. De nationale zelfmoordlijn is dag en nacht gratis te bereiken op het nummer 02/649.95.55 en men kan ook altijd de medische spoeddienst bellen op de noodnummers 100 en 101 of het Europese nummer 112 [aangepast naar de Belgische situatie]..

2.10. Samenvatting

Een positieve, empathische houding tegenover cliënten met suïcidegedachten en –gedragingen betekent op zich nog niet dat die cliënten zich tot geschikte diensten zullen wenden of passende hulp zullen krijgen. Die zijn echter wel het platform waarop een proactieve en doeltreffende dienstverlening kan worden opgebouwd. Het is belangrijk om niet uit het oog te verliezen dat de gedachten, emoties en gedragingen die gepaard gaan met negatieve attitudes tegenover suïcidaal gedrag een belangrijke hinderpaal kunnen vormen voor kwaliteitsvolle zorg. Begrijpen dat cliënten met suïcidegedachten en -gedragingen voordeel kunnen halen uit interventies en behandelingen, dat mensen die openlijk over suïcidaal gedrag spreken problemen en noden hebben waarop niet wordt ingegaan en dat er een verband bestaat tussen de suïcidaliteit van cliënten en hun middelenmisbruik kan een enorm verschil maken tussen het feit of een cliënt al of niet een suïcidecrisis overwint of in behandeling blijft.

3. Achtergrondinformatie

3.1. Het verband tussen middelenmisbruik en suïcidaliteit

3.1.1. Er is een sterk verband tussen stoornissen in middelenmisbruik en suïcidaal gedrag.

- Zelfdoding is een van de voornaamste doodsoorzaken bij mensen met alcohol- en drugsmisbruik (Wilcox et al., 2004).
- In vergelijking met de algemene bevolking, lopen personen die voor alcoholmisbruik of -afhankelijkheid worden behandeld ongeveer 10 maal meer kans om zelfdoding te plegen. Voor mensen die drugs injecteren, ligt dit suïcidaal risico zelfs ongeveer 14 maal hoger (Wilcox et al., 2004).
- Personen met stoornissen in middelengebruik lopen een hoger risico op suïcide-ideeën en suïcidepogingen (Kessler et al., 1999).
- Depressie is een veel voorkomende comorbide diagnose bij mensen met middelenmisbruik en verhoogt het risico op suïcidegedrag (Conner et al., 2007; Murphy, Wetzel, Robins, & McEvoy, 1992; Roy, 2001, 2002). Ook andere psychiatrische stoornissen spelen hierbij een rol.
- Mensen met middelengerelateerde stoornissen, gaan vaak op zoek naar een behandeling op een ogenblik dat hun problemen met middelenmisbruik een piek bereiken - een kwetsbare periode die gepaard kan gaan met suïcidegedachten en –gedragingen.

3.1.2. Er is een sterk verband tussen acuut middelengebruik en het risico van suïcidegedrag

- De acute effecten van alcoholgebruik zijn onder andere ontremming, een intense focus op de huidige situatie met een zeer beperkte inschatting van de gevolgen en het vergroten van een depressieve stemming, die allemaal het risico van suïcidegedrag kunnen verhogen (Hufford, 2001). Andere sedativa van het centrale zenuwstelsel kunnen vergelijkbare effecten hebben.
- Bij ongeveer 30 tot 40 percent van de suïcidepogingen en zelfdodingen speelt acute alcoholintoxicatie een rol (Cherpitel, Borges, & Wilcox, 2004).
- Een intense depressie van korte duur komt onder andere voor bij personen die een behandeling willen volgen en verslaafd zijn aan cocaïne, methamfetamines en alcohol (Brown et al., 1995; Cornelius, Salloum, Day, Thase, & Mann, 1996; Husband et al., 1996). Zelfs een voorbijgaande depressie is een grote risicofactor voor suïcidegedrag bij mensen met stoornissen in middelengebruik.

Zelfdodingen door een overdosis hebben vaak te maken met gecombineerd druggebruik, zoals alcohol, benzodiazepines, opiaten en andere psychiatrische geneesmiddelen (Darke & Ross, 2002).

3.1.3. Het risico van suïcidegedrag kan op elk moment tijdens de behandeling toenemen

- Suïciderisico kan voorkomen op overgangsmomenten in de zorg (van residentieel naar ambulant, van intensieve behandeling naar permanente zorg, ontslag uit het ziekenhuis), voornamelijk wanneer een geplande overgang niet doorgaat. Het anticiperen van een dergelijke overgang zou als één van de behandelpunten moeten worden gezien bij de planning van de behandeling.
- Suïciderisico kan toenemen wanneer cliënten administratief worden ontslagen (bijv. wegens het feit dat ze niet vaak genoeg aanwezig zijn, bij chronisch middelengebruik) of wanneer hen de toediening van zorg wordt geweigerd. Het is onethisch om cliënten uit een behandeling te ontslaan en/of zorg te weigeren aan personen die suïcidaal zijn zonder een behoorlijke regeling te treffen voor een alternatieve behandeling om het suïcidaal risico aan te pakken.
- Het suïcidaal risico kan toenemen bij cliënten met een voorgeschiedenis van suïcidegedachten of –pogingen die een terugval kennen. Behandelplannen voor dergelijke cliënten moeten deze mogelijkheid voorzien.
- Het suïcidaal risico kan toenemen bij cliënten met een voorgeschiedenis van suïcidegedachten of –pogingen die erop wijzen dat het ergste kan gebeuren indien ze hervallen (bijv. "Ik kan dit niet nog eens doorstaan", "indien ik een terugval ken, dan heb ik het wel gehad"), vooral voor de cliënten die een rechtstreekse dreiging uiten (bijv. "Dit is mijn laatste kans; indien ik herval, dan maak ik mezelf van kant"). Behandelplannen voor dergelijke cliënten moeten rekening houden met die mogelijkheid.
- Het suïcidaal risico kan toenemen bij cliënten met eerdere suïcidegedachten of –pogingen, wanneer ze met acute stresserende gebeurtenissen in hun leven te maken krijgen. Behandelplannen voor dergelijke cliënten moeten rekening houden met die mogelijkheid, bijvoorbeeld door een intensievere behandeling te voorzien, hen van dichterbij op te volgen of bijkomende diensten aan te bieden om de levenscrisissen onder controle te houden.

3.2. Types van suïcidegedachten en -gedragingen

Nauwkeurige definities van vier types van suïcidegerelateerde concepten zullen helpen om belangrijke nuances in het thema van deze richtlijn op te helderen.

3.2.1. suïcidegedachten

Suïcide-ideeën : suïcide-ideeën komen veel vaker voor dan suïcidegedrag (Conner et al., 2007; Kessler et al., 1999). Suïcide-ideeën kunnen verschillende ernstgraden hebben, gaande van kortstondige en vage tot aanhoudende en zeer specifieke doodsgedachten. Ernstige suïcidegedachten zijn frequent, intens en worden als oncontroleerbaar ervaren.

Suïcideplannen: Suïcideplannen zijn belangrijk, omdat ze erop wijzen dat er een groter risico bestaat om een suïcidegedrag werkelijk ten uitvoer te brengen dan bij suïcide-ideeën, waarbij er geen concrete planning is (Conner et al., 2007; Kessler et al., 1999). De suïcideplanning bevindt zich op een continuüm dat gaat van vage en onrealistische tot zeer specifieke en uitvoerbare plannen. Ernstige suïcideplannen kunnen inhouden dat er een repetitie of voorbereiding van de suïcidepoging plaatsvindt.

3.2.2. Suïcidale gedragingen

Suïcidepoging: een suïcidepoging is een bewuste handeling om zichzelf pijn te doen. Een suïcidepoging leidt niet tot de dood en is in zekere zin bedoeld heeft om te sterven (Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll, & Joiner, 2007). Bij een suïcidepoging zijn er twee belangrijke elementen: (a) het subjectieve niveau van de bedoeling om te sterven (vanuit het subjectieve perspectief van de cliënt, hoe intens wenste hij of zij te sterven en in welke mate verwachtte hij of zij te sterven?); en (b) de objectieve dodelijkheid van de handeling (vanuit medisch standpunt, hoe waarschijnlijk was het dat het gedrag tot de dood zou hebben geleid?) (Beck, Schuyler, & Herman, 1974; Harriss, Hawton, & Zahl, 2005). Alhoewel alle suïcidepogingen ernstig zijn, zijn die met een uitgesproken bedoeling (de cliënt wilde duidelijk sterven en verwachtte ook te sterven) en een grote dodelijkheid (het gedrag had gemakkelijk tot de dood kunnen leiden) de meest ernstige.

Zelfdoding: Zelfdoding is een acute, bewuste handeling van zelfbeschadiging met minstens een zekere bedoeling om te sterven die tot de dood heeft geleid (Silverman et al., 2007).

3.2.3. Andere suïcidegebonden concepten

Suïcidebedoeling: Suïcidebedoeling (ook "intentie" genoemd) wijst op een hoog en acuut risico van suïcidegedrag. Een suïcidebedoeling hebben is altijd ernstig, omdat dit aangeeft dat de cliënt "beoogt" om een suïcidepoging te ondernemen. Een aantal indicatoren van "grote intentie" zijn onder andere een suïcidebrief schrijven of voorzorgen nemen om op het ogenblik van de poging niet te worden ontdekt.

Voorbereiding van een zelfdoding: Gedragingen die wijzen op de voorbereiding van een zelfdoding zijn signalen met een hoog en acuut risico van suïcidaal gedrag. De voorbereiding kan vele verschillende vormen aannemen, zoals het schrijven van een suïcidebrief of een aantekening in een dagboek, het weggeven van bezittingen, het

opmaken van een testament, de aanschaffing van een middel om zelfdoding te plegen (bijv. een voorraad pillen aanleggen, een wapen kopen), een middel sneller beschikbaar maken (bijv. een wapen van de zolder brengen en naast het bed leggen), een plaats bezoeken waar een zelfdoding kan worden uitgevoerd (bijv. naar een brug rijden), de zelfdoding inoefenen (bijv. een wapen laden en ontladen) en rechtstreeks of symbolisch afscheid nemen van geliefden.

3.2.4. Andere schadelijke gedragingen

Niet-suïcidale zelfverwonding (NSSI): in de literatuur wordt naar niet-suïcidale zelfverwonding ook vaak verwezen als "bewuste zelfbeschadiging" en "suïcidaal gebaar". NSSI (bijvoorbeeld zelfverminking of zelfverwonding door snijden om zichzelf te kalmeren zonder de wil om te sterven en zonder de verwachting om te sterven) wordt onderscheiden van een suïcidepoging of van zelfdoding omdat er bij NSSI geen suïcidebedoeling is. Deze richtlijn legt zich niet toe op NSSI. Suïcidale gedragingen en NSSI kunnen bij één en dezelfde persoon tegelijk voorkomen en beide kunnen tot ernstige lichamelijke letsels leiden.

Zelfdestructieve gedragingen: Gedragingen die worden herhaald en uiteindelijk tot de dood kunnen leiden (bijv. e.g. druggebruik, roken, anorexie, systematisch roekeloos rijden, deelnemen aan vechtpartijen) worden onderscheiden van suïcidegedrag , omdat een suïcidehandeling een acute actie is die bedoeld is om op korte termijn de dood te veroorzaken. Deze richtlijn legt zich niet toe op zelfdestructieve gedragingen.

3.3. Waarschuwingssignalen voor zelfdoding

Waarschuwingssignalen worden gedefinieerd als acute indicaties van een verhoogd suïcidaal risico. Met andere woorden, ze zijn een signaal van een potentieel risico van suïcidaal gedrag in de nabije toekomst. Waarschuwingssignalen kunnen al duidelijk zijn bij de opname of optreden in de loop van de behandeling. Bij dergelijke signalen moeten er altijd follow-upvragen worden gesteld (die worden besproken in het deel Informatie verzamelen, p. 14–18). De waarschuwingssignalen, die door het panel van experts over suïcidegedrag werden aangeduid (Rudd et al., 2006), kunnen zowel direct als indirect zijn. Aan **directe** aanwijzingen van acute suïcidaliteit wordt de grootste prioriteit gegeven. Dit zijn:

- **Spreken/Communiceren over suïcide/zelfdoding**: iemand die ermee dreigt om zichzelf te verwonden of om te brengen of erover spreekt dat hij of zij zichzelf wil verwonden of ombrengen.
- **Toegang zoeken tot een middel**: iemand die op zoek is naar manieren om zichzelf om te brengen door te zoeken hoe hij of zij toegang kan krijgen tot vuurwapens, beschikbare pillen of andere middelen.
- **Voorbereidingen treffen**: iemand die over dood, sterven of zelfdoding spreekt of schrijft, wanneer dit voor de persoon in kwestie niet zijn of haar normale manier van doen is.

Er kunnen eventueel ook **indirecte** waarschuwingssignalen worden waargenomen bij cliënten die problemen hebben met middelenmisbruik, maar niet suïcidaal zijn. Niettemin moeten die waarschuwingssignalen dringend worden opgevolgd om te bepalen in welke mate ze op een acuut risico van suïcidaal gedrag kunnen wijzen. U kunt deze onthouden dankzij het Engelstalige geheugensteuntje IS PATH WARM :



- I = Ideation ideeënvorming
- S = Substance Abuse middelenmisbruik
- P = Purposelessness doelloosheid
- A = Anxiety angst
- T = Trapped zich opgesloten voelen
- H = Hopelessness hopeloosheid
- W = Withdrawal zich in zichzelf terugtrekken
- A = Anger woede
- R = Recklessness roekeloosheid
- M = Mood Changes stemmingswisselingen

Sommige waarschuwingssignalen van IS PATH WARM zijn vanzelfsprekend (bijv. middelenmisbruik), terwijl voor andere een korte uitleg moet worden gegeven. "Zinloosheid" verwijst naar een gebrek aan een doel in het leven of aan een reden om voor te leven. "Zich opgesloten voelen" verwijst naar de waarneming van een vreselijke situatie waaruit er geen uitweg meer mogelijk is. "Terugtrekking in zichzelf" verwijst naar een toenemende sociale isolatie. "Woede" verwijst naar extreme boosheid, ongecontroleerde woede of het uit zijn op wraak. "Angstgevoelens" is een brede term die verwijst naar grote angst, agitatie en/of slaapstoornissen. "Stemmingwisselingen" verwijzen naar dramatische emotionele veranderingen.

Waarschuwingssignalen komen vaak voor na acute stresserende gebeurtenissen in iemands leven. Ze doen zich het vaakst voor bij mensen die problemen hebben met middelenmisbruik of een breuk in hun partnerrelatie. Het is ook belangrijk om waarschuwingssignalen op te sporen bij cliënten met een herval of bij een acute dronkenschap.

Stresserende gebeurtenissen in het leven zijn onder andere:

- Een breuk in een partnerrelatie.
- Een traumatische ervaring.
- Een juridisch probleem.
- Het verlies van een job of een andere tegenslag op werkgebied.
- Een financiële crisis.
- Een conflict binnen of het uiteenvallen van de familie.
- Herval.
- Dronkenschap.

Al de **directe** waarschuwingssignalen duiden op hun eigen manier op een mogelijk suïcidegedrag en vereisen, indien ze aanwezig zijn, een strikte opvolging. De **indirecte** waarschuwingssignalen kunnen er al of niet op wijzen dat er een risico van acuut suïcidaal gedrag bestaat ("middelenmisbruik" is bijvoorbeeld de norm bij uw cliënten). In alle gevallen moeten verdere follow-upvragen worden gesteld om te bepalen of ze inderdaad op acute suïcidaliteit kunnen wijzen.

3.4. Risicofactoren

Risicofactoren worden gedefinieerd als indicatoren van een permanent of lange termijn risico. Ze verschillen van waarschuwingssignalen, die aanduidingen zijn van een onmiddellijk risico. Risicofactoren voor suïcidegedachten en –gedragingen bij personen

met middelengerelateerde stoornissen, werden degelijk onderzocht (Conner, Beautrais, & Conwell, 2003; Conner et al., 2007; Darke & Ross, 2002; Ilgen et al., 2007; Murphy et al., 1992; Preuss et al., 2002; Roy, 2001; Schneider et al., 2006). De onderstaande lijst is weliswaar niet uitputtend, maar wel op die studies gebaseerd..

Risicofactoren voor suïcidegedachten en –gedragingen zijn onder andere:

- Een voorgeschiedenis van suïcidepogingen (de voornaamste risicofactor, alhoewel we in gedachten moeten houden dat suïcidepogingen in ongeveer de helft van alle gevallen bij de eerste poging tot een overlijden leiden).
- Een voorgeschiedenis van zelfdoding in de familie.
- Ernstig middelengebruik (bijv. afhankelijkheid van meerdere middelen, vroege start van de afhankelijkheid).
- Een comorbide psychiatrische stoornis:
    - Een depressie (met inbegrip van een depressie door middelengebruik).
    - Angststoornissen (voornamelijk PTSS).
    - Een ernstige geestelijke aandoening (schizofrenie, bipolaire stoornis).
    - Een persoonlijkheidsstoornis (de best onderzochte stoornissen zijn borderline en antisociale persoonlijkheidsstoornissen).
    - Anorexia nervosa.
- Een voorgeschiedenis van misbruik als kind (voornamelijk seksueel misbruik).
- Stresserende levensomstandigheden:
    - Werkloosheid en een laag opleidingsniveau, het verlies van de job, voornamelijk wanneer het pensioen nakend is.
    - Een echtscheiding of een breuk met de partner.
    - Juridische problemen.
    - Aanzienlijke en plotse financiële verliezen.
    - Sociale isolatie, weinig sociale ondersteuning.
    - Conflicten in relaties.
- Persoonlijkheidskenmerken:
    - Vatbaarheid voor negatieve gevoelens (verdriet, angst, woede).
    - Agressie en/of impulsiviteit.
- Het bezit van of de toegang tot een vuurwapen.
- Mogelijke risicofactoren (alhoewel voor een grotere zekerheid hierover meer onderzoek zou moeten worden uitgevoerd bij personen met stoornissen in middelengebruik):
    - Weinig flexibele/starre persoonlijkheidskenmerken.
    - Seksuele geaardheid (lesbisch, homofiel of biseksueel).
    - Chronische pijn.

3.5. Beschermende factoren

Beschermende factoren worden gedefinieerd als buffers die het risico op lange termijn verminderen. In tegenstelling tot wat het geval is voor risicofactoren, werd onvoldoende onderzoek uitgevoerd over factoren die bescherming bieden tegen suïcidegedrag (Goldsmith, Pellmar, Kleinman, & Bunney, 2002). Bij personen die problemen hebben met middelenmisbruik en bij andere bevolkingsgroepen werden minder beschermende factoren dan risicofactoren aangeduid. 'Redenen om te leven' zijn wellicht de beschermende factoren die in de vakliteratuur het best werden onderzocht (Linehan Goodstein, Nielsen, & Chiles, 1983; Oquendo Dragasti et al., 2005).

Hieronder vindt u een lijst van gekende en vermoedelijke beschermende factoren:

- Redenen om te leven.
- Abstinentie.
- Bijwonen van vergaderingen van hulpgroepen met een twaalfstappenprogramma.
- Bijwonen van religieuze diensten en/of geïnternaliseerde spirituele leringen die zelfdoding verbieden.
- Aanwezigheid van een kind in de woning en/of verantwoordelijkheid voor de opvoeding van een kind
- Een harmonieus huwelijk.
- Een vertrouwensvolle relatie met een begeleider, een dokter of een andere dienstverlener.
- Tewerkgesteld zijn.
- Een optimistische instelling (een neiging om het leven van de goede kant te bekijken).

Een waarschuwing wat de beschermende factoren betreft: Indien waarschuwingssignalen voor acute zelfdoding en/of meerdere risicofactoren duidelijk worden vastgesteld, verandert de aanwezigheid van beschermende factoren niets aan de basisevaluatie dat preventieve acties noodzakelijk zijn en mogen ze u geen vals gevoel van veiligheid geven. Alhoewel beschermende factoren een persoon kunnen ondersteunen die permanente tekenen vertoont (bijv. wegens een chronische depressie), beveiligen ze cliënten **niet** tegen suïcidegedrag en bestaat de kans dat ze geen bescherming bieden bij acute crisissen.

Beschermende factoren hangen af van en verschillen naargelang van de culturele waarden. In culturen waar uitgebreide families sterk aan elkaar hangen, bijvoorbeeld, kan de steun van de familie een beschermende factor zijn. Andere factoren zijn: een sterke binding met een clan, stam of etnische gemeenschap, het geloof in en het vertrouwen op traditionele genezingsmethoden, sterke spirituele waarden die worden gedeeld door leden van een gemeenschap en de afwezigheid van een cultureel trauma zoals dat van families van overlevenden van de Holocaust en dat van Amerikaanse indianen die tegen hun wil naar internaten werden gestuurd om zich aan de Amerikaanse cultuur aan te passen.

3.6. Zelfdoding tegenover suïcidepoging

Prevalentie: Suïcidepogingen komen veel vaker voor dan zelfdodingen. In de Verenigde Staten zijn er ongeveer 32.000 zelfdodingen per jaar (National Center for Injury Prevention and Control [NCIPC], 2007). In 2006 werd melding gemaakt van meer dan tienmaal meer zelf toegebrachte letsels alhoewel niet geweten is bij welk aandeel van die verwondingen het de bedoeling was om te sterven (NCIPC, 2007).

Suïcidemethoden: De meest voorkomende methode bij suïcidepogingen is het innemen van een overdosis. Ook zichzelf snijden met een mes (bijvoorbeeld het oversnijden van de polsen) komt vaak voor.

Dodelijkheid : Gebruik van een vuurwapen en verhanging zijn de dodelijkste suïcidemethoden. De meest voorkomende methode bij overlijden door zelfdoding is het gebruik van een vuurwapen, gevolgd door verhanging (NCIPC, 2007). De kans op overleven is veel groter bij suïcidepogingen door de inname van een overdosis of wanneer iemand zichzelf snijdt. (Shenassa, Catlin, & Buka, 2003).



3.7. Risico van zelfdoding en suïcidepogingen: leeftijd, geslacht en ras of etniciteit

3.7.1. Leeftijd

De kans op niet-fatale suïcidepogingen is veel groter bij adolescenten en jonge volwassenen dan bij oudere personen (NCIPC, 2007). Oudere personen lopen meer kans om te overlijden door zelfdoding. De grotere kans dat oudere volwassenen overlijden door zelfdoding is toe te schrijven aan hun neiging om een grote suïcidale intentie te vertonen, methoden te gebruiken die dodelijker zijn en aan de grotere kwetsbaarheid van hun lichaam voor de effecten van daden van zelfbeschadiging (Conwell, Duberstein, & Caine, 2002). Omdat vele oudere volwassenen alleen wonen, is de kans kleiner dat ze worden gered (Szanto et al., 2002). De mate waarin deze patronen die zich voordoen bij de algemene bevolking voorkomen bij personen die worden behandeld voor stoornissen in middelengebruik is niet duidelijk.

3.7.2. Geslacht

De kans op suïcidepogingen is groter bij vrouwen dan bij mannen, alhoewel het verschil in prevalentie van suïcidepogingen tussen mannen en vrouwen niet zo groot is als vroeger werd aangenomen (Nock & Kessler, 2006). De kans op overlijden door zelfdoding is groter bij mannen dan bij vrouwen (NCIPC, 2007). Over het algemeen beschouwd, ondernemen mannen minder suïcidale handelingen, maar ze hebben doorgaans een grotere suïcidale intentie (Nock & Kessler, 2006) en ze gebruiken dodelijkere methoden (Goldsmith et al., 2002). De mate waarin deze patronen die zich voordoen bij de algemene bevolking voorkomen bij personen die worden behandeld voor stoornissen in middelengebruik is niet duidelijk.

3.7.3. Ras en etniciteit

Volgens de Amerikaanse nationale suïcidestatistieken (NCIPC, 2007), komt zelfdoding vaker voor bij blanken en oorspronkelijke Amerikanen (Native Americans) dan bij zwarten (Afro-Amerikanen/African Americans). In alle rassen lopen mannen het grootste risico. Het grootste percentage zelfdodingen bij blanke mannen komt voor tijdens de oudere volwassenheid (70 jaar en ouder), terwijl het hoogste percentage zelfdodingen bij oorspronkelijke Amerikaanse en zwarte mannen op veel jongere leeftijd voorkomt, namelijk tijdens de latere adolescentie en bij jonge volwassenen. Er dient te worden opgemerkt dat het aantal zelfdodingen bij oorspronkelijke Amerikanen aanzienlijk verschilt naargelang van de stam en de streek van het land. Sommige gegevens suggereren ook dat de risicofactoren verschillen tussen de diverse raciale groepen. Zo zou de aanwezigheid van een angststoornis een bijzonder belangrijke risicofactor voor suïcidepogingen kunnen zijn onder de zwarte bevolking (Joe, Baser, Breeden, Neighbors, & Jackson, 2006). De mate waarin deze patronen die zich voordoen bij de algemene bevolking, ook voorkomen bij personen die worden behandeld voor stoornissen in middelengebruik is niet duidelijk. Er is een bijzonder lage prevalentie van overlijden door zelfdoding onder de Afro-Amerikaanse vrouwen, alhoewel niet geweten is of die gegevens ook gelden voor Afro-Amerikaanse vrouwen met een stoornis in middelengebruik (NCIPC, 2007).

Hispanics/Latino's hebben een vergelijkbaar percentage van suïcidegedachten en –gedrag als blanke niet-Hispanics (NCIPC, 2007). Bij jongeren en jonge volwassenen



neemt de prevalentie van suïcidegedachten en –gedrag toe bij de Hispanics/Latino's die meer aangepast zijn aan de heersende (mainstream) Amerikaanse cultuur, voornamelijk bij vrouwen (Zayas, Lester, Cabassa, & Fortuna, 2007). De mate waarin deze patronen die zich voordoen bij de algemene bevolking, ook voorkomen bij personen die worden behandeld voor stoornissen in middelengebruik, is niet duidelijk. Bijkomende informatie over ras en etniciteit en de behandeling voor middelenmisbruik vindt u in de TIP, *Improving Cultural Competence in Substance Abuse Treatment*.

3.8. Redenen voor suïcidaal gedrag

Vaak is er meer dan één reden voor een suïcidepoging. Zo kan een cliënt, bijvoorbeeld, terug een relatie willen met zijn of haar ex-partner (schuld opwekken), duidelijk laten zien dat hij of zij van streek is (om hulp roepen) *en* willen sterven. Daarom is het belangrijk om suïcidepogingen die andere motivaties kunnen hebben dan te willen sterven niet te bagatelliseren. Met andere woorden, indien er op het ogenblik van de poging minstens een zekere wil was om te sterven, ongeacht het feit of er andere redenen waren voor de suïcidepoging, dan moet het gedrag als een suïcidepoging worden beschouwd. Enkele, maar niet alle, mogelijke redenen voor een suïcidepoging zijn:

- De wens om te sterven.
- Hopeloosheid.
- Extreem of aanhoudend verdriet.
- Een aangevoelde mislukking of zelfhaat na een terugval.
- Eenzaamheid.
- Zich een last voelen voor anderen.
- Ontremming wanneer iemand onder invloed van drank is.
- Ontsnappen uit een pijnlijke emotionele toestand.
- Ontsnappen uit een situatie waarin men zich opgesloten voelt.
- Aandacht krijgen.
- Een impulsieve reactie op een acute stresserende gebeurtenis in het leven (bijv. uit elkaar gaan).
- Een andere persoon pijn doen (bijv. maken dat iemand anders zich schuldig voelt).
- Paranoia of een andere psychose (bijv. een bevelshallucinatie om zich van het leven te beroven).
- Ontsnappen uit een geleidelijk verslechterende gezondheidstoestand (bijv. een terminale ziekte).

4. GATE: Procedures voor begeleiders bij middelenmisbruik

Gather information (Informatie verzamelen)

Access supervision (Zoek supervisie)

Take responsible action (Verantwoordelijke actie ondernemen)

Extend the action (De actie voortzetten)

Het consensuspanel is het eens geworden over de formulering van de rol van alcohol- ne drughulpverleners bij de aanpak van suïcidegedachten en –gedragingen. De te ondernemen stappen worden aangegeven met het Engelse acroniem **GATE.** De onderdelen van GATE weerspiegelen gedragingen in uw bevoegdheidsdomein. U bent vertrouwd met het verzamelen van informatie bij cliënten met stoornissen in middelengebruik. Die vaardigheid kan ook worden toegepast op de verzameling van informatie over suïcidegedachten en -gedragingen. Supervisie kan een vast onderdeel vormen van het programma van uw instelling, maar is noodzakelijk wanneer u werkt met een cliënt die suïcidaal is. U weet hoe u de behandeling van een cliënt met een stoornis in middelengebruik moet plannen. Die vaardigheid kan ook worden toegepast op de planning van de behandeling van de suïcidegedachten en –gedragingen van een cliënt. In de regel volgt u cliënten op om de zorgcoördinatie, de controle van afspraken na een doorverwijzing en de opvolging van de vooruitgang te coördineren en om de steun te krijgen van familieleden en gemeenschapsdiensten. Deze adviesactiviteiten zijn van essentieel belang wanneer u met cliënten werkt die suïcidaal zijn.

Indien u een gevorderde opleiding hebt gevolgd in een vakgebied dat met geestelijke gezondheidszorg te maken heeft (zoals sociaal werk of psychologie) en daarnaast een gespecialiseerde opleiding in suïcidaliteit, zou u eventueel ook bereid kunnen zijn om andere behandelingstaken op u te nemen met cliënten die suïcidegedachten en –gedragingen vertonen, bijvoorbeeld assessment, gespecialiseerde suïcide-interventies of de behandeling van comorbide geestelijke stoornissen zoals depressies en psychologische trauma's.

Het korte overzicht hieronder wordt aangevuld met een flowchart (zie p. 16) en met de meer gedetailleerde paragrafen die volgen.

4.1. Kort overzicht van GATE

4.1.1. G: Informatie verzamelen

Informatie moet worden verzameld in twee stappen: (1) screenen en herkennen van waarschuwingssignalen, en (2) follow-upvragen stellen. Screenen bestaat uit het stellen van zeer korte, uniforme vragen bij de opname en bepaalt of het nodig is om meer vragen over het suïcidaal risico te stellen. Het herkennen van waarschuwingssignalen bestaat erin om typische signalen van een potentieel risico te identificeren. Follow-upvragen moeten worden gesteld wanneer cliënten "ja" antwoorden op een of meer screeningsvragen of telkens wanneer u een of meer waarschuwingssignalen vaststelt. De bedoeling van de follow-upvragen is zo veel mogelijk informatie te verzamelen, zodat u en uw supervisor en/of het behandelingsteam een goed actieplan kunnen uitwerken. Daarnaast zult u, indien u de cliënt doorverwijst, zeker ook zo veel mogelijk informatie willen meedelen aan een andere voorziening. Voorbeelden van screeningsvragen, waarschuwingssignalen en follow-upvragen vindt u hieronder.

4.1.2. A: Toegang tot supervisie en/of overleg

U mag nooit proberen om een suïcidaal risico alleen te behandelen, zelfs niet als u over een aanzienlijke gespecialiseerde opleiding en training beschikt. Met suïcidale cliënten zijn twee of drie hoofden altijd beter dan één. Spreek daarom met een supervisor, een ervaren consulent die door uw instelling grondig werd doorgelicht en/of met uw



multidisciplinaire team wanneer u met een cliënt werkt waarvan u vermoedt dat hij eventueel met suïcidegedachten rondloopt. Het is een collectieve verantwoordelijkheid, niet alleen de uwe, om een voorafgaande indruk van de ernst van het risico te formuleren en de actie(s) te bepalen die zal (zullen) worden ondernomen. Een beroep doen op supervisie en overleg kan een bijzonder waardevolle input leveren om de veiligheid van de cliënt te verhogen, u de ondersteuning bieden die u nodig hebt en uw persoonlijke aansprakelijkheid verminderen. Een aantal richtlijnen om doeltreffend gebruik te maken van supervisie en overleg vindt u hieronder.

4.1.3. T: Verantwoordelijke actie(s) ondernemen

Het basisprincipe hier is dat uw actie(s) zinvol moet(en) zijn in het licht van de ernst van het suïcidaal risico. De term "zinvol zijn" wijst erop dat uw actie(s) "verantwoordelijk" moet(en) zijn gegeven de ernst van het risico. In de volgende paragraaf wordt dieper ingegaan op dit principe en wordt een lijst gegeven van mogelijke acties die u en uw supervisor of team eventueel kunnen ondernemen, met een verschillende graad van intensiteit en dringendheid.

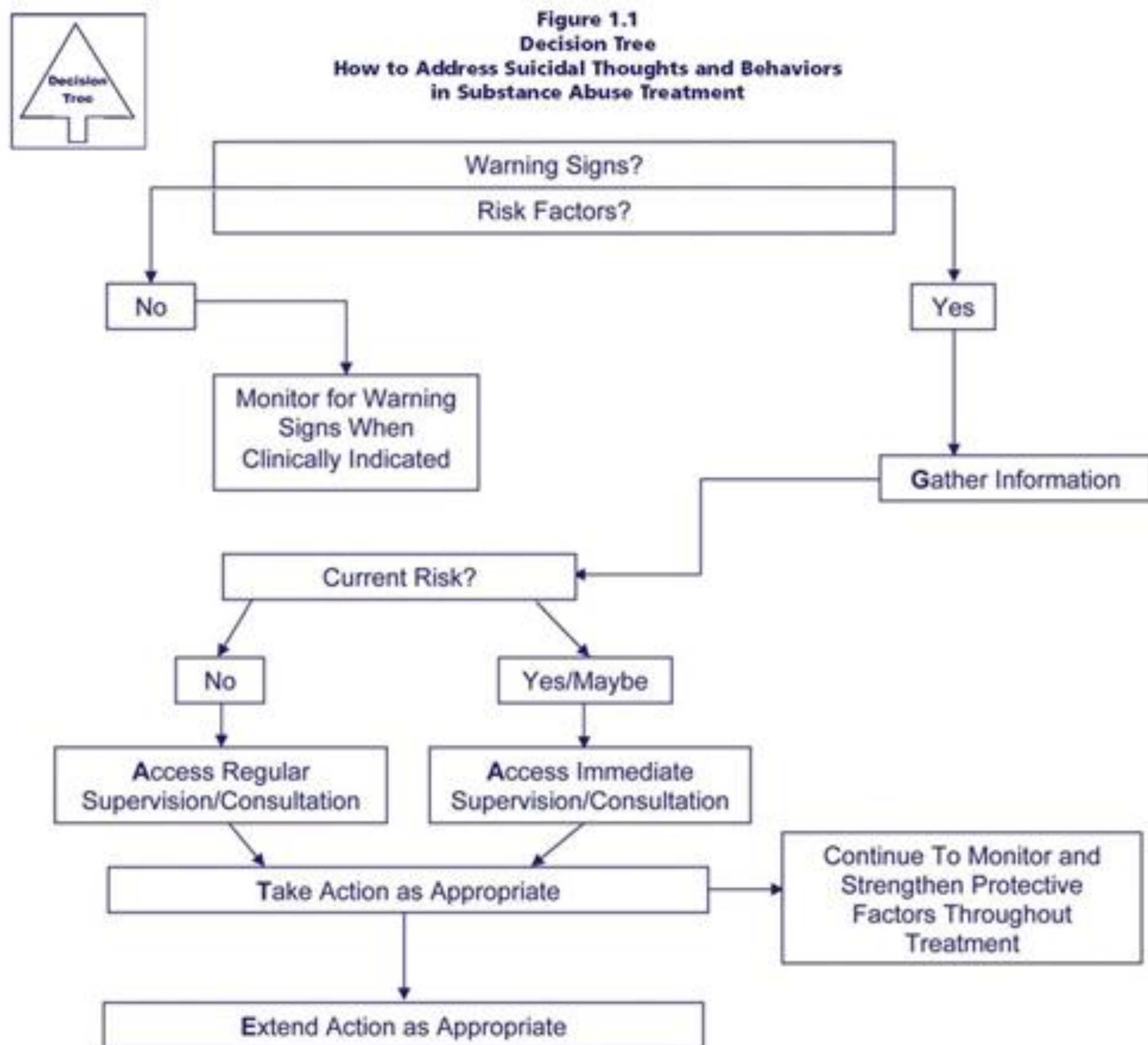
4.1.4. E: De actie(s) voortzetten

Al te vaak wordt een suïcidaal risico acuut en eenmalig behandeld en dan vergeten. Net als bij middelenmisbruik kunnen kwetsbare cliënten terugvallen in suïcidegedachten of -gedragingen. Dit betekent dat u de cliënt zult moeten blijven observeren en controleren om na te gaan of er een mogelijk risico van herval bestaat. Een ander vaak voorkomend probleem is de doorverwijzing van een suïcidale cliënt zonder dat er enige coördinatie of zelfs opvolging gebeurt met de aanbieder. Voor het beheren van een suïcidaal risico is een teamaanpak nodig en als begeleider voor de afhankelijkheid van uw cliënt, bent u een essentieel onderdeel van dit team. Hieronder vindt u een aantal voortgezette acties.

Het is van groot belang om alle acties die u hebt ondernomen te documenteren, omdat u op die manier een medisch en juridisch dossier aanlegt van de zorg die aan de cliënt werd verstrekt: welke informatie hebt u gekregen, welke acties werden ondernomen en wanneer en hoe hebt u de behandeling van het middelenmisbruik en de suïcidegedachten en –gedragingen van de cliënt opgevolgd? Dit dossier kan nuttig zijn voor uw supervisie of overleg, voor uw team en voor andere aanbieders.

Op de volgende pagina vindt u een grafische voorstelling van de diverse onderdelen van **GATE** (Figuur 1.1). Deze grafiek is bedoeld om u te helpen zien hoe de verwezenlijking van één onderdeel tot beslissingen en specifieke acties in het volgende onderdeel leidt.





4.2. Getailleerde uitleg van GATE

4.2.1. G: Informatie verzamelen

Deze fase verloopt in twee stappen: (1) screenen en/of herkennen van (een) waarschuwingssigna(a)l(e)n, en (2) follow-upvragen stellen. Van begeleiders bij middelenmisbruik moet worden verwacht dat ze informatie verzamelen over suïcidegedachten en –gedragingen. Informatie verzamelen verschilt van een formele beoordeling, omdat een beoordeling een proces is waarbij een professional informatie synthetiseert en interpreteert. Een aanzienlijke training, supervisie en ervaring zijn vereist om over een voldoende klinisch beoordelingsvermogen te beschikken om de fijne onderscheiden te kunnen maken die noodzakelijk zijn voor een beoordeling.

U moet zo veel mogelijk vermijden om vragen “op te stapelen” (cliënten te bestoken met een hele reeks van gesloten vragen), want dit zal er eerder toe leiden dat ze zich defensief gaan opstellen en/of een vals gevoel van veiligheid zullen krijgen. Indien het antwoord van de cliënt voor u niet echt duidelijk is of indien u aanvoelt dat de cliënt zich

in zekere mate defensief opstelt, zou u kunnen overwegen om dezelfde vraag iets later tijdens het interview op een andere manier opnieuw te stellen. Het is altijd belangrijk om dieper in te gaan op dubbelzinnige of vage antwoorden, omdat dit erop kan wijzen zijn dat de cliënt zich ongemakkelijk voelt bij het onderwerp, angst heeft om bepaalde zaken te onthullen, de vraag probeert te ontwijken en/of zich onzeker voelt (bijv. "Ik weet het niet", "Ik ben er niet zeker van"), met dien verstande dat de cliënten niet altijd in staat zullen zijn om meer duidelijkheid te scheppen of dit niet zullen willen.

Screenen

Voorbeeldvragen voor de screening: Indien uw instelling u geen standaardvra(a)g(en) geeft voor de screening over suïcidegedachten en –gedragingen, gebruik dan de vragen die u hieronder vindt. Ze introduceren het thema van zelfdoding en screenen op suïcidegedachten en -pogingen. De timing van de vragen is belangrijk. Ze moeten worden gesteld tijdens een ruimer gesprek, bijvoorbeeld over stemmingen of levenskwaliteit. Stel dezelfde screeningvragen woordelijk voor elke nieuwe cliënt.

Introduceren van het thema (gebruik eender welke uitspraak):

1.Nu zal ik u enkele vragen stellen over zelfdoding.

2.Ik zou u enkele vragen willen stellen over suïcidegedachten en -gedragingen.

Screenen op suïcidegedachten (stel eender welke van de vragen):

3.Hebt u erover nagedacht om uzelf om te brengen?

4.Hebt u erover nagedacht om zelfdoding te plegen?

Screenen op suïcidepogingen (stel eender welke van de vragen):

5. Hebt u ooit geprobeerd om uzelf van het leven te beroven?

6. Hebt u ooit een suïcidepoging ondernomen?

Bemerk dat de inleidende items kort en rechtlijnig zijn. Door de woorden lichtjes te veranderen, werden de items 3 en 5 uit een onderzoeksinterview voor de studie van alcoholisme genomen (Bucholz et al., 1994) die werden gebruikt voor onderzoek over suïcidegedachten en –gedragingen (Conner et al., 2007), en de items 4 en 6 komen uit een survey die informatie heeft geleverd over suïcidegedachten en –gedragingen bij de algemene bevolking (Kessler et al., 1999).

De National Suïcide Prevention Lifeline (Australie)heeft voor begeleiders een kaart in portefeuilleformaat gemaakt met de titel: "Assessing Suïcide Risk: Initial Tips for Counselors" (Het suïcidaal risico inschatten: basistips voor begeleiders). Daarop staan vijf vragen die begeleiders kunnen stellen over zelfdoding. Daarnaast vermeldt de kaart waarschuwingssignalen die men terugvindt in "IS PATH WARM" (beschreven op p. 11 van deze TIP) en geeft ze een beknopt advies over acties die moeten worden ondernomen bij risicopersonen. De kaart in online beschikbaar op het adres http://download.ncadi.samhsa.gov/ken/pdf/SVP06-0153/SVP06-0153.pdf.



- **Act.**
  - If you think the person might harm him- or herself, do not leave the person alone.
  - Say, "I'm going to get you some help."
  - Call the National Suicide Prevention Lifeline, 1-800-273-TALK. You will be connected to the nearest available crisis center. Or…
  - Go to SAMHSA's Mental Health Services Locator (www.mentalhealth.samhsa.gov/databases/) or Substance Abuse Treatment Facility Locator (http://dasis3.samhsa.gov).



U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
Substance Abuse and Mental Health Services Administration
www.samhsa.gov

CMHS-SVP-0153

Assessing Suicide Risk: Initial Tips for Counselors

NATIONAL
SUICIDE
PREVENTION
LIFELINE™
1-800-273-TALK
www.suicidepreventionlifeline.org





What To Do If You Think a Person Is Having Suicidal Thoughts

You cannot predict death by suicide, but you can identify people who are at increased risk for suicidal behavior, take precautions, and refer them for effective treatment.

- **Ask** the person directly if he or she (1) is having suicidal thoughts/ideas, (2) has a plan to do so, and (3) has access to lethal means:
  - "Are you thinking about killing yourself?"
  - "Have you ever tried to hurt yourself before?"
  - "Do you think you might try to hurt yourself today?"
  - "Have you thought of ways that you might hurt yourself?"
  - "Do you have pills/weapons in the house?"
    - ➤ This *won't* increase the person's suicidal thoughts. It *will* give you information that indicates how strongly the person has thought about killing him- or herself.
    - ➤ Take seriously all suicide threats and all suicide attempts. A past history of suicide attempts is one of the strongest risk factors for death by suicide.
    - ➤ There is no evidence that "no-suicide contracts" prevent suicide. In fact, they may give counselors a false sense of reassurance.
- **Listen and look** for red flags for suicidal behavior, indicated by the mnemonic:

IS PATH WARM?

Ideation—Threatened or communicated
Substance abuse—Excessive or increased

Purposeless—No reasons for living
Anxiety—Agitation/Insomnia
Trapped—Feeling there is no way out
Hopelessness

Withdrawing—From friends, family, society
Anger (uncontrolled)—Rage, seeking revenge
Recklessness—Risky acts, unthinking
Mood changes (dramatic)

Bijkomende opties voor de screening

Multi-thema vragenlijsten die een item over suïcidegedachten en –gedragingen bevatten, kunnen ook voor screening worden gebruikt. Items die screenen op suïcidegedachten kunnen worden gevonden op diverse andere zeer degelijk onderbouwde depressiemetingen, waaronder de originele en herziene versies van de Beck Depression Inventory (BDI of BDI-II; Beck, Ward, Mendelsohn, Mock, & Erbaugh, 1961; Beck, Steer, & Brown, 1996) en de Hamilton Depression Rating Scale (Hamilton, 1960), evenals op instrumenten die mondeling worden afgenomen, waardonder de diverse versies van de Addiction Severity Index (ASI; McLellan et al., 1992). De BDI-II kan worden gekocht, terwijl de ASI gratis van het internet kan worden gedownload (http://www.tresearch.org/resources/instruments.htm). Indien een cliënt beantwoordt aan eender welk niveau van suïcidaliteit voor de relevante items van deze metingen, zou het eventueel nuttig kunnen zijn om follow-upvragen te stellen. TIP 42: Substance Abuse Treatment for Persons With Co-Occurring Disorders (Behandeling van middelenmisbruik

voor personen met comorbide stoornissen) (CSAT, 2005d), bevat ook nuttige opties voor het screenen van suïcidegedachten bij personen met comorbide stoornissen.

Het stellen van follow-upvragen

Het is belangrijk om follow-upvragen te stellen wanneer een cliënt op een screeningvraag bij de opname "ja" heeft geantwoord, wanneer u een of meer waarschuwingssignalen bemerkt of op eender welk moment tijdens de behandeling wanneer u vermoedt dat de cliënt suïcidaal is, zelfs al kunt u niet precies zeggen waarom. Follow-upvragen en de antwoorden daarop bieden u de mogelijkheid om zoveel mogelijk informatie te verzamelen en door te geven wanneer u de situatie bespreekt met uw supervisor of team en degelijk onderbouwde informatie door te geven wanneer u de cliënt doorverwijst naar een andere aanbieder.

Voorbeelden van follow-upvragen over suïcidegedachten zijn:

1. Kunt u mij iets meer vertellen over uw suïcidegedachten?

2. Indien de cliënt meer moet worden gestuurd:

   Bijvoorbeeld, Waardoor komen ze bij u op?

   Hoe sterk zijn ze?

   Hoe lang duren ze?

3.Indien u dit nog niet weet:

- Hebt u een **plan** gemaakt? (Zo ja) Wat is uw plan?
- Hebt u toegang tot een zelfmoordmiddel? Een wapen? Een overdosis?
- Hebt u de **bedoeling** om een suïcidepoging te ondernemen?

Stel altijd eerst een open vraag (zie voorbeeldvraag 1). Misschien zullen cliënten u spontaan alle informatie geven die u nodig hebt. Open vragen kunnen helpen verhinderen dat u de cliënt "op de rooster moet leggen". Informatie die niet door de cliënten wordt gegeven, kan worden uitgelokt door middel van follow-upvragen om kenmerken te bepalen als gebeurtenissen die de poging uitlokken, de ernst en de duur van de suïcidegedachten (zie voorbeeldvraag 2). Indien de informatie met betrekking tot de planning, de methode en de intentie niet spontaan wordt gegeven, moet u tot slot al deze kritische informatieonderdelen proberen te verzamelen (zie voorbeeldvraag 3). Het feit dat een cliënt de noodzakelijke informatie niet kan of wil geven, kan wijzen op een verhoogd risico. Dit moet aan bod komen in gesprekken met uw behandelingsteam of supervisor.

Bijkomende informatie verzamelen over suïcidepogingen moet op een directe manier gebeuren. U kunt de cliënt eventueel vragen om de suïcidepoging toe te lichten door een open vraag te stellen als "Kunt u me iets meer vertellen over de poging" en door follow-upvragen te stellen om er meer over te weten te komen. Indien er meer dan één suïcidepoging is geweest, stel die vragen dan over de *meest recente* poging en over de *meest ernstige* poging (indien die verschilt van de meest recente poging). De antwoorden op die vragen zullen zeer nuttig zijn om de ernst van het suïcidegedrag in te schatten.

Voorbeelden van follow-upvragen over suïcidepogingen:

1. Kunt u me iets meer vertellen over de poging?
2. Indien de cliënt meer moet worden gestuurd:

   Bijvoorbeeld, Waardoor werd ze uitgelokt? Waar was u? Was u dronken of onder de invloed van drugs?

3. Indien u dit nog niet weet:

   Om informatie te verzamelen over de **dodelijkheid**:

   - Welke methode hebt u gebruikt toen u probeerde zelfdoding te plegen?
   - Hebt u medische spoedhulp gekregen?

   Om informatie te verzamelen over de **intentie**:

   - Wilde u sterven? Hoe sterk was uw wil?
   - Was u nadien opgelucht dat u het overleefd had of was u liever dood geweest?

De principes die betrekking hebben op vragen naar suïcidegedachten zijn ook hier van toepassing: stel eerst een open vraag en daarna follow-upvragen om de omstandigheden van de suïcidepoging te bepalen, zoals de gebeurtenis die de poging heeft uitgelokt, de omgeving en de rol van acuut alcohol- of druggebruik, en vraag tot slot, indien geen spontane informatie wordt gegeven over **dodelijkheid** en **intentie,** altijd door om die kritische informatie te verkrijgen (zie voorbeeldvraag 3).

Samenvatting van G: Informatie verzamelen

Informatie verzamelen bestaat erin om relevante feiten bijeen te zoeken. Indien u een of meer waarschuwingssignalen opmerkt en telkens wanneer u zich zorgen maakt over een mogelijke zelfdoding, zelfs al kunt u niet precies zeggen waarom, moeten er screeningsvragen worden gesteld. Onderzoeken over suïcidegedachten en –pogingen beginnen met een open vraag, waarbij de cliënt wordt gevraagd om meer informatie te geven. Daarna worden follow-upvragen gesteld om bijkomende kritische informatie in te winnen. De opvolging van het suïcidaal risico tijdens de volledige behandelingsduur zou stelselmatig moeten gebeuren en een basisnorm moeten zijn in alle behandelingsprogramma's van middelenmisbruik.

4.2.2. A: Toegang tot supervisie of overleg

U mag geen oordeel vellen over de ernst van het suïcidaal risico of proberen om dit suïcidaal risico zelf te behandelen, tenzij u een hoger diploma hebt in geestelijke gezondheidszorg en een gespecialiseerde training in het omgaan met dit risico en tenzij uw instelling van oordeel is dat u gekwalificeerd bent om autonoom met een dergelijk risico om te gaan. Voor deze stap betekent 'overleg' niet gewoonweg informatie of advies krijgen van een collega. Alhoewel een dergelijke input zeker nuttig kan zijn, is overleg een formeler proces waarbij informatie en advies moeten worden ingewonnen van (a) een professional met een duidelijke supervisieverantwoordelijkheid, (b) een multidisciplinair team waarvan een dergelijke persoon of personen deel uitmaken, en/of (c) een consulent met ervaring in de behandeling van suïcidale cliënten die daartoe door

uw instelling werd doorgelicht. Met het oog op supervisie of overleg , moet u over alle informatie beschikken die u door middel van de screening en de follow-upvragen over de suïcidegedachten en/of suïcidepogingen van uw cliënt hebt verzameld, evenals gegevens afkomstig van andere gegevensbronnen (bijv. andere aanbieders, familieleden, behandelingsdossiers).

Onder sommige omstandigheden zult u *onmiddellijk* overleg nodig hebben. In andere omstandigheden kan overleg op regelmatige en geplande supervisie- of teamvergaderingen volstaan (*regelmatig* overleg). De hieronder vermelde voorbeelden dienen alleen ter illustratie. Er kunnen zich andere omstandigheden voordoen waarin onmiddellijk overleg vereist is.

Omstandigheden bij de opname die de toegang tot onmiddellijke supervisie of overleg vereisen, zijn:

- Directe waarschuwingssignalen zijn duidelijk (communiceren over zelfdoding, toegang proberen te krijgen tot een methode, voorbereidingen treffen).
- Follow-upvragen over zelfdoding na de screeningsvragen wijzen erop dat er een actueel risico bestaat.
- Follow-upvragen na indirecte waarschuwingssignalen wijzen erop dat er een actueel risico bestaat.
- Bijkomende informatie (bijv. van de doorverwijzende bron, een familielid, een medisch dossier) wijst erop dat er een actueel risico bestaat.

Omstandigheden tijdens de behandeling die een toegang tot onmiddellijke supervisie of overleg vereisen, zijn onder andere:

- Het optreden (of opnieuw optreden) van directe waarschuwingssignalen.
- Het optreden (of opnieuw optreden) van indirecte waarschuwingssignalen die er bij de follow-upvragen op wijzen dat er een actueel gevaar bestaat.
- De antwoorden van uw cliënt op de vragen van de suïcidescreening die tijdens de behandeling werden gesteld wijzen erop dat er een actueel gevaar bestaat.
- Bijkomende informatie (bijv. van een andere aanbieder of een familielid) wijzen erop dat er een actueel risico bestaat.

Omstandigheden bij de opname die een toegang tot regelmatige supervisie of overleg vereisen, zijn onder andere:

- Er werden een of meer indirecte waarschuwingssignalen vastgesteld, maar de follow-upvragen wijzen erop dat er geen reden is om te vermoeden dat die per se op een actueel risico van suïcidegedrag wijzen (bijv. de cliënt is sociaal geïsoleerd en vertoont een gedrag van middelenmisbruik, maar er zijn anderzijds geen aanwijzingen van suïcidaliteit).
- Er zijn een of meer risicofactoren aanwezig, maar er zijn geen begeleidende waarschuwingssignalen of aanwijzigen die doen vermoeden dat er een actueel risico van suïcidegedrag bestaat.
- Tijdens de screening heeft uw cliënt gezegd dat hij een voorgeschiedenis van suïcidegedachten heeft of één of meer suïcidepogingen heeft ondernomen,maar er zijn geen begeleidende waarschuwingssignalen of andere aanwijzingen die doen vermoeden dat er een actueel risico van suïcidegedrag bestaat.
- Bijkomende informatie (bijv. van de doorverwijzende bron of een familielid) wijst erop dat uw cliënt een voorgeschiedenis van suïcidegedachten of –pogingen heeft, maar er

zijn geen begeleidende waarschuwingssignalen of andere aanwijzingen die doen vermoeden dat er een actueel risico van suïcidegedrag bestaat.

- Uw cliënt meldt (of zinspeelt op) een voorgeschiedenis van suïcidegedachten waarvan u voordien niet op de hoogte was, maar er zijn geen begeleidende waarschuwingssignalen of andere aanwijzingen die doen vermoeden dat er een actueel risico van suïcidegedrag bestaat.
- Uw cliënt meldt (of zinspeelt op) (een) vroegere suïcidepoging(en) waarvan u voordien niet op de hoogte was, maar er zijn geen begeleidende waarschuwingssignalen of andere aanwijzingen die doen vermoeden dat er een actueel risico van suïcidegedrag bestaat.
- Bijkomende informatie (bijv. van een andere aanbieder of een familielid) wijst op een voorgeschiedenis van suïcidegedachten of –pogingen waarvan u voordien niet op de hoogte was, maar er zijn geen begeleidende waarschuwingssignalen of andere aanwijzingen die doen vermoeden dat er een actueel risico van suïcidegedrag bestaat..
- De cliënt heeft een voorgeschiedenis van suïcidegedachten of –gedrag en er doet zich een acute stresserende gebeurtenis voor in zijn of haar leven of een tegenslag in de behandeling (bijv. een terugval in middelenmisbruik), maar er zijn geen begeleidende waarschuwingssignalen of andere aanwijzingen die doen vermoeden dat er een actueel risico van suïcidegedrag bestaat.

Het is nuttig voor u te weten wie uw supervisor is voor problemen met suïcidaliteit in uw programma, wat het beleid met betrekking tot suïcidale cliënten van uw voorziening is en waarnaar dergelijke cliënten zouden kunnen worden doorverwezen. Indien u deze informatie op voorhand hebt, zou u zich helemaal kunnen toeleggen op de onmiddellijke situatie wanneer er zich een crisis voordoet. Indien u een vermoeden hebt dat informatie over acuut suïcidaal gedrag in een sessie aan bod zou kunnen komen, dan is het verstandig om uw supervisor op voorhand op de hoogte te brengen van het feit dat u hem of haar zou kunnen contacteren voor meer informatie, ondersteuning of overleg terwijl de cliënt nog in uw bureau is.

Samenvatting van A: Toegang tot supervisie of overleg

Het risico van suïcidegedrag kan overduidelijk zijn bij de opname of op eender welk moment tijdens de behandeling. Supervisie of overleg om dit risico te behandelen, kunnen onmiddellijk worden verkregen of op een regelmatig gepland tijdstip, naargelang van de dringendheid van de situatie. Indien u vooraf een plan hebt om onmiddellijk een beroep te kunnen doen op supervisie of overleg zal dit ervoor helpen zorgen dat u een therapeutische respons krijgt en onnodige onrust en verwarring vermijden.

Onmiddellijk een beroep kunnen doen op supervisie of overleg moet mogelijk zijn wanneer cliënten directe waarschuwingssignalen uitzenden dat zelfdoding mogelijk is (zie p. 11 voor Directe waarschuwingssignalen) of wanneer ze bij de opname aangeven dat ze recent een suïcidepoging hebben ondernomen. Een terugval in middelenmisbruik tijdens de behandeling is ook een aanwijzing dat toezicht moet worden voorzien voor cliënten met een voorgeschiedenis van suïcidegedrag of -pogingen.

4.2.3. T: Verantwoordelijke actie ondernemen

Een nuttig basisprincipe om op verantwoordelijke wijze actie te ondernemen is dat uw acties zinvol moeten zijn in het licht van de ernst van het suïcidaal risico. In deze paragraaf wordt dit beginsel nader toegelicht en toegepast op het ondernemen van verantwoordelijke actie(s). Er wordt ook een lijst van mogelijke acties aangereikt. In het



juridische stelsel is het de norm om verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid te evalueren door het oordeel en het gedrag van een welbepaalde professional te vergelijken met wat een even goed opgeleide en even ervaren behandelingsprofessional onder dezelfde omstandigheden zou hebben gedaan.

De voornaamste – alhoewel niet de enige – factor voor het in aanmerking nemen van de te ondernemen actie(s) is de beoordeling van de ernstgraad van het risico. De ernstgraad wordt gedefinieerd als de waarschijnlijkheid dat er een suïcidepoging zal worden ondernomen en de inschatting van de mogelijke gevolgen van een dergelijke poging. Kortom, indien geoordeeld wordt dat een cliënt waarschijnlijk een suïcidepoging zal ondernemen (bijvoorbeeld wanneer hij aanhoudende suïcidegedachten en een duidelijk plan heeft) en indien de cliënt verwacht dat de suïcidepoging fataal zal zijn (bijvoorbeeld een plan om een vuurwapen te gebruiken dat hij of zij thuis heeft), dan is er sprake van een hoge ernstgraad. Indien van de cliënt, daarentegen, niet wordt verwacht dat hij of zij een suïcidepoging zal ondernemen (bijvoorbeeld wanneer hij of zij een vluchtige suïcide-ideeën, geen duidelijk plan en geen duidelijke intentie heeft om de daad uit te voeren) en van eender welke eventuele poging kan worden verwacht dat ze niet dodelijk zal zijn (bijvoorbeeld, denken aan het innemen van een aantal aspirines indien er in het medicijnkastje liggen), dan is de ernstgraad lager. In hoofdstuk 2 zult u lezen over begeleiders die dieper ingaan op aangelegenheden in verband met de ernstgraad van een dreiging of proberen te oordelen hoe de sessie moet worden uitgevoerd. **Beoordelingen over de ernstgraad van het risico moeten worden gemaakt in overleg met een supervisor en/of een behandelingsteam, niet door een begeleider alleen.**

De ondernomen acties moeten relevant zijn in het licht van de informatie die over suïcidegedachten en/of vroegere suïcidepogingen werd verzameld. Alhoewel er talrijke acties kunnen worden ondernomen, kunnen ze doorgaans beschreven worden volgens een intensiteitsschaal. Wanneer de ernstgraad hoger is, zullen normaliter intensievere acties worden ondernomen. In minder ernstige omstandigheden zult u wellicht voor minder intensieve acties opteren. Bemerk wel dat "minder intensief" niet gelijkstaat met niets ondernemen. Dit wijst er gewoon op dat er meer tijd kan zijn om een antwoord te formuleren en de acties dus minder intensief kunnen zijn, ofwel dat er minder personen en/of middelen bij betrokken kunnen zijn.

In sommige gevallen is een onmiddellijke respons vereist (zie de beknopte verslagen in hoofdstuk 2 in de orginele richtlijn over Clayton, Vince en Rena). Doorgaans kan er worden van uitgegaan dat een respons die een onmiddellijke actie vereist intensiever is. Voorbeelden van onmiddellijke acties zijn onder andere transport organiseren naar de spoeddienst van een ziekenhuis voor evaluatie, contact opnemen met een echtgeno(o)t(e), of partner om te vragen een vuurwapen uit het huis te verwijderen en ervoor te zorgen dat het veilig wordt opgeborgen en er ter plekke voor zorgen dat een specialist in geestelijke gezondheidszorg in uw programma een cliënt verder evalueert. Voorbeelden van niet-onmiddellijke, maar wel belangrijke acties zijn onder andere een cliënt doorverwijzen voor evaluatie naar een ambulante instelling voor geestelijke gezondheidszorg, een afspraak maken met een psychiater voor de cliënt om zijn medicatie te beheren en vroegere dossiers over de medische gezondheid opvragen bij een andere aanbieder.

Sommige interventies kunnen als intensiever worden beschouwd dan andere. Dit betreft onder andere interventies die de bewegingsvrijheid beperken (bijv. een ziekenwagen vragen om een cliënt naar de spoeddienst van een ziekenhuis te brengen), duur zijn (bijv. een residentiële ziekenhuisopname), een invloed hebben op de privésfeer (bijv. contact opnemen met de politie om een cliënt die een groot risico loopt te gaan controleren), en/of de autonomie beperken (bijv. een echtgenoot, echtgenote of partner

vragen om een vuurwapen veilig op te bergen). Andere interventies bij het beheer van een suïcidaal risico zijn weliswaar minder intensief, maar kunnen ook ingrijpender zijn dan de gebruikelijke zorg voor een cliënt met middelenmisbruik en kunnen als onnodig of opdringerig worden beschouwd. Een verdere assessment organiseren met een aanbieder van ambulante geestelijke gezondheidszorg of door middel van een thuisbezoek door een mobiel crisisteam uit de geestelijke gezondheidszorg, bijvoorbeeld, kan door de cliënt als vervelend worden beschouwd. Minder intensieve interventies verminderen de bewegingsvrijheid niet, dringen niet binnen in het privéleven, zijn in vergelijking goedkoop en vormen geen beperking van de autonomie.

Een ander aspect van de intensiteit heeft betrekking op het aantal betrokken personen (bijv. cliënt, case manager, begeleider, professional in geestelijke gezondheidszorg, betrokken echtgenoot, echtgenote of partner) en het aantal ondernomen acties (bijv. psychiatrische geneesmiddelen, advies rond middelenmisbruik, gezinssessies, coördinatie van het case management). Met andere woorden, hoe groter het aantal interventies en hoe meer personen erbij betrokken zijn, des te intensiever de actie(s).

Veiligheidskaarten en veiligheidsplannen

Overweeg om samen met de cliënten met een suïcidaal risico een schriftelijke **veiligheidkaart** uit te werken, die minimaal de volgende gegevens bevat:

- Een crisisnummer dat 24 uur op 24 bereikbaar is (bijv. de zelfmoordlijn op het nummer 02 649 95 55).
- Het telefoonnummer en het adres van de dichtstbijzijnde spoeddienst van een ziekenhuis.
- De contactgegevens van de begeleider.
- Contactgegevens van bijkomende ondersteuningspersonen op wie de cliënt in geval van nood een beroep kan doen (bijv. een sponsor, een familielid dat steun biedt).

Om de kans dat de cliënt de kaart zal gebruiken zo groot mogelijk te maken, moet die worden geïndividualiseerd en samen met de cliënt worden opgemaakt (niet gewoon aan hem of haar worden overhandigd). Bespreek samen met de cliënt het (de) type(s) signalen en situaties die er voor kunnen zorgen dat een of meer van de gegevens op de kaart zouden worden gebruikt. Het is ideaal om een kaart met informatie te maken die in een portefeuille past, zodat de cliënten ze gemakkelijk op zak kunnen houden en om kopieën van de kaart beschikbaar te hebben indien ze de originele kaart verliezen (wat vaak gebeurt), zodat ze snel kan worden vervangen. In overeenstemming met de nadruk die deze richtlijn op de voortzetting van de actie legt, zou u van tijd tot tijd bij de cliënten moeten nagaan of ze de kaart nog steeds in hun bezit hebben (en hen vragen om ze aan u te tonen) en of ze die kaart, indien nodig, nog zouden gebruiken.

Begeleiders met een bijkomende opleiding in geestelijke gezondheidszorg en ervaring in het werken met suïcidale cliënten kunnen eventueel goed geplaatst zijn om een gedetailleerder **veiligheidsplan** uit te werken. Een dergelijk veiligheidsplan en een voorbeeld van het gebruik daarvan met een cliënt worden beschreven in hoofdstuk 2 in het beknopte verslag over Rena.

Welke acties kunt u ondernemen?

De onderstaande lijst van acties is niet uitputtend, maar bevat wel de meest gebruikelijke. Soms zal één enkele actie volstaan, terwijl in andere omstandigheden meerdere acties nodig zullen zijn. U en uw supervisor of team zullen ernaar moeten streven dat acties worden ondernomen met een intensiteit die zinvol is. Uw acties moeten afgestemd zijn op de ernst van het risico. Vaak zal uw respons inhouden dat er een doorverwijzing geregeld wordt (indien uw instelling niet over de noodzakelijke middelen beschikt). De onderstaande lijst is in een willekeurige volgorde weergegeven.

- Bijkomende informatie inwinnen van de cliënt om ondersteuning te bieden bij een nauwkeuriger klinisch beeld en behandelplan.
- Bijkomende informatie inwinnen van andere bronnen (bijv. echtgenoot, echtgenote of partner, andere aanbieders).
- Zorgen voor een doorverwijzing:
    - Naar een clinicus voor een verdere assessment van het suïcidaal risico.
    - Naar een zorgverlener voor advies betreffende de geestelijke gezondheid.
    - Naar een zorgverlener voor het beheer van de medicatie.
    - Naar spoeddiensten (bijv. de spoeddienst van een ziekenhuis) voor een acute risicobeoordeling (zie het beknopte verslag in de originele richtlijn voor een bespreking van relevante problemen).
    - Naar een outreachend crisisteam dat geestelijke gezondheidszorg en hulpverlening kan aanbieden aan een persoon die fysiek niet bereikbaar is in zijn of haar woonplaats (of opvangtehuis) en tijdig een assessment kan uitvoeren.
    - Naar een omgeving die zich meer intensief bezighoudt met de behandeling van middelenmisbruik.
- De toegang beperken tot middelen om zelfdoding te plegen.
- Tijdelijk de frequentie/intensiviteit? van de zorgverlening verhogen, onder andere ook door de cliënt te vragen zich vaker telefonisch te melden.
- Tijdelijk het zorgniveau verhogen (bijv. doorverwijzen naar ambulante behandeling).
- Er een case manager bij betrekken (bijv. om de zorg te coördineren, af en toe contact op te nemen met de cliënt).
- De eerstelijnszorgverlener erbij betrekken.
- De cliënten aanmoedigen om deel te nemen (of vaker deel te nemen) aan twaalfstappenprogramma's als die van de Anonieme Alcoholisten (Alcoholics Anonymous), Anonieme Verslaafden (Narcotics Anonymous) of Anonieme Cocaïnegebruikers (Cocaine Anonymous).
- Familieleden of derden (selectief, afhankelijk van hun gezondheidtoestand, hun nabijheid tot de cliënt en hun motivatie) betrekken bij het controleren van de aanwijzingen van een mogelijke terugkeer naar een suïcidaal risico.
- De cliënt observeren om signalen te onderkennen die op een terugkeer van het risico wijzen.
- Samen met de cliënt een veiligheidskaart aanmaken (zie hieronder) in geval van een terugkeer van de acute suïcidaliteit.
- Samen met de cliënt een gedetailleerd veiligheidsplan uitwerken (zie hieronder) in geval van een herval in alcohol of drugs.
- De cliënt een noodnummer van een hotline geven, bijvoorbeeld de zelfmoordlijn op het nummer 02 649 95 55).
- De cliënt uitnodigen om contact met u (of met een telefoonlijn voor noodgevallen) op te nemen in geval van acute suïcidaliteit.

Zoals eerder al vermeld, is er slechts weinig of geen empirisch bewijs om het gebruik van "suïcidecontracten" (een overeenkomst ondertekend door een cliënt om met de

begeleider of iemand anders contact op te nemen alvorens een suïcidepoging te ondernemen) als alleenstaande interventie. Het Consensuspanel beveelt echter wel ten zeerste aan dat begeleiders cliënten die een risico van suïcidegedachten en –gedragingen lopen, helpen om een veiligheidskaart op te maken, die soms een kaart voor noodgevallen genoemd. Een dergelijk plan geeft idealiter aan tot wie cliënten, die een crisis doormaken, zich kunnen wenden voor onmiddellijke hulpverlening, waar ze naartoe kunnen voor hulp, welke andere proactieve gedragingen ze kunnen uitvoeren (bijvoorbeeld van de drank afblijven) en welk soort informatie ze aan hulpverleners moeten geven om te maken dat de crisis wordt herkend en behandeld. Een techniek die hiermee verband houdt is een zogenaamde "Commitment to Treatment"-overeenkomst, waarbij ze zich ertoe verbinden zich te laten behandelen. Deze overeenkomst vestigt de aandacht van de cliënt op de specifieke gedragingen (zoals het bijwonen van behandelingssessies, de bepaling van behandeldoelen, het vervullen van taken die thuis moeten worden uitgevoerd en het innemen van de voorgeschreven geneesmiddelen) die het herstel bevorderen en de suïcidegedachten en –gedragingen mogelijkerwijs kunnen verminderen. Het verschil tussen de twee technieken is dat de veiligheidskaarten en –plannen zich toespitsen op het voorkomen van of het optreden bij crisissen, terwijl de "Commitment to Treatment"-overeenkomst zich toelegt op gedrag dat de resultaten van de behandeling positief beïnvloedt.

Voor begeleiders met meer ervaring en een betere opleiding in het werken met suïcidale cliënten kan een veiligheidsplan voor hulpverleners met gevorderde vaardigheden worden gebruikt. Een plan voor hulpverleners met gevorderde vaardigheden wordt beschreven in het beknopte verslag voor Rena. Een gevorderd plan kan de nadruk leggen op de noodzaak om de cliënt te helpen herkennen wanneer de directe en indirecte waarschuwingssignalen duidelijker worden, een respons te ontwikkelen om daarmee om te gaan en zich meer toe te leggen op de emotionele bijsturing van de cliënt.

Doorverwijzing van een cliënt die tegenstrijdige gevoelens heeft over een behandeling of zich tegen een behandeling verzet. In dit geval is het gebruikelijk om de cliënt door te verwijzen voor verdere assessment, de behandeling van het suïcidaal risico, de behandeling van een geestelijk gezondheidsprobleem (bijvoorbeeld een depressie) of een combinatie van diensten. Soms zal het echter gebeuren dat cliënten niet akkoord gaan met de noodzaak van een doorverwijzing of die gewoonweg niet willen aanvaarden. Door de tijd te nemen om de redenen voor uw acties te bespreken, te luisteren naar hun bekommernissen en die te erkennen, zullen suïcidale cliënten hun standpunt normaal wel afzwakken en inschikkelijker worden. De input van de cliënt uitlokken over wat hij of zij denkt dat het nuttigst zou zijn en deze suggesties gebruiken waar dit kan, kan ook van groot belang zijn om tot een goede samenwerking te komen. Alles wat u kunt doen dat in deze strategie past en de cliënten een gevoel geeft dat ze een keuze of de controle over hun situatie hebben, zal nuttig zijn.

Hoewel een doorverwijzing voor een spoedevaluatie doorgaans niet noodzakelijk is en minder intensieve actie(s) in de regel volstaan, zal een dergelijke actie op sommige momenten toch noodzakelijk zijn. In dergelijke gevallen kan een weerbarstige cliënt inschikkelijker worden indien hij of zij een zekere mate van controle heeft over wat er gebeurt, bijvoorbeeld door middel van een vraag als "Zou u liever uw familie bellen voor u naar de spoedafdeling gaat of hebt u liever dat ik hen bel nadat u opgenomen bent?"

Indien een cliënt uiteindelijk weigert om mee te werken aan een bijkomende evaluatie, zult u (in nauw overleg met uw supervisor of team) de noodzakelijke stappen moeten ondernemen om de evaluatie te laten uitvoeren (bijv. door een ziekenwagen of een politie-escorte te voorzien) zoals voorgeschreven door het beleid van uw instelling. De cliënt mag niet alleen worden gelaten terwijl dergelijke regelingen worden getroffen.

Supervisors kunnen de parate kennis van hun begeleiders over het beleid van de instelling met betrekking tot spoedeisende doorverwijzingen faciliteren door dit op regelmatige basis met hen door te nemen, telkens wanneer dit aangewezen is.

Een opmerking over de residentiële behandeling voor suïcidaliteit: Het is belangrijk dat begeleiders, cliënten en hun familieleden weten wat ze kunnen verwachten van een residentiële opname in een Psychiatrisch Ziekenhuis. Doorgaans zijn de behandelingen van korte duur (5–7 dagen). Indien het klinische team tot het besluit komt dat de suïcidaliteit door middelengebruik wordt teweeggebracht, kan het verblijf ook korter zijn (Ries, Yuodelis-Flores, Comtois, Roy-Byrne, & Russo, 2008). Tijdens de ziekenhuisopname ligt de nadruk in de regel op farmacotherapie met een minimale aandacht voor de therapeutische behandeling van permanente stressveroorzakende factoren. Bijgevolg zullen de meeste of zelfs alle psychosociale problemen die tot de opname leidden nog moeten worden aangepakt wanneer de cliënt zijn behandeling herneemt. Een studie van residentiële psychiatrische opnamen in een groot universitair ziekenhuis heeft aangetoond dat "door middelengebruik veroorzaakte suïcidaliteit" volgens clinici 40%van alle opnames vertegenwoordigde, wat erop wijst in welk grote mate problemen in verband met middelengebruik tot dergelijke opnamen leiden (Ries et al., 2008).

Samenvatting van T: Verantwoordelijke actie ondernemen

De intensiteit van de acties die u in overleg met uw supervisor of team onderneemt, moeten zinvol zijn in het licht van de informatie die u hebt verzameld, waarbij een ernstiger risico intensievere acties(s) vereist . De actie(s) kan (kunnen) bijvoorbeeld inhouden dat de cliënt wordt doorverwezen voor formele assessment of voor een bijkomende behandeling. Wanneer u de tijd neemt om de cliënten op een doorverwijzing voor te bereiden en hen een zekere mate van controle geeft, zal dat uw samenwerking zeker ten goede komen.

4.2.4. E: De actie voortzetten

Een vaak voorkomende misvatting is dat een suïcidaal risico een acuut probleem is dat verdwijnt nadat het werd behandeld. Spijtig genoeg keert het suïcidaal risico gewoonlijk terug na een aantal tegenslagen, onder andere een terugval in middelengebruik, een stresserende gebeurtenis in hun leven (bijv. de breuk met een partner), een depressie die ernstiger is geworden en nog heel wat andere situaties. Soms treedt suïcidaal gedrag zelfs terug op wanneer de stemming en het energiepeil substantieel zijn verbeterd. Daarom is het van essentieel belang om de signalen van een terugkeer van suïcidegedachten of –gedragingen goed in het oog te houden. Er bestaat ook een tendens om een cliënt met suïcidegedachten en –gedragingen door te verwijzen naar een andere zorgverlener en er dan vanuit te gaan dat het probleem van de baan is. Dit is een foute veronderstelling. Het is levensbelangrijk om samen met die aanbieder na te gaan of de cliënt de afspraken is nagekomen. Verder is het ook cruciaal om de zorg op permanente basis te coördineren, bijvoorbeeld om de zorgverlener ervan op de hoogte te brengen dat een cliënt is teruggevallen en weer kwetsbaar kan zijn voor suïcidegedachten. De actie voortzetten, benadrukt het belang om na te gaan of de suïcidegedachten en –gedragingen zijn teruggekeerd, de doorverwijzingen op te volgen en op permanente basis de acties te coördineren samen met de aanbieders die de suïcidegedachten en –gedragingen van de cliënt behandelen.

Welke voortgezette acties kunt u ondernemen?

In de onderstaande niet-uitputtende lijst vindt u een groot aantal gebruikelijke voortgezette acties. De volgorde waarin die acties worden vermeld, is willekeurig.

- Verifieer of de cliënt zijn doorverwijzingsafspraak met een aanbieder van geestelijke gezondheidszorg (of een andere professional) is nagekomen.
- Follow-up met de spoeddienst verzekeren wanneer een cliënt werd doorverwezen voor een acute evaluatie.
- Op permanente basis zorgen voor de coördinatie met een aanbieder van geestelijke gezondheidszorg (of een andere professional).
- Op permanente basis zorgen voor de coördinatie met een case manager.
- Met de cliënt controleren of er een terugkeer van of een verandering in de suïcidegedachten of -pogingen is.
- Met de familieleden (en met medeweten van de cliënt) controleren of er een terugkeer van of een verandering in de suïcidegedachten of -pogingen is..
- Contact houden met de familieleden om hen bij het behandelingsproces te blijven betrekken nadat de suïcidecrisis voorbij is.
- De cliënt observeren om te zien of er tekenen zijn die wijzen op een terugkeer van het risico.
- Bevestigen dat de cliënt nog steeds een veiligheidsplan heeft voor het geval dat het suïcidale gedrag zou terugkeren.
- Bevestigen dat de cliënt, en desgevallend de familie, nog altijd een noodnummer hebben dat ze kunnen bellen voor het geval dat het suïcidale gedrag zou terugkeren.
- Bevestigen dat de cliënt nog altijd geen toegang heeft tot een belangrijke suïcidemethode (bijv. vuurwapen, grote voorraad pillen).
- De opvolging met de cliënten verzekeren om te peilen naar hun suïcidegedachten of –gedragingen bij een terugval (of een andere stresserende gebeurtenis in hun leven).
- Het behandelplan opvolgen en bijwerken.
- Documenteer alle relevante informatie over de toestand van de cliënt en uw respons daarop, met inbegrip van de doorverwijzingen en de resultaten daarvan.
- Een formeel overzicht opstellen na de beëindiging van de behandeling, wanneer en onder welke omstandigheden ook dit zorgstadium werd bereikt.

Samenvatting van E: De actie voortzetten

Initiatieven voor suïcidepreventie zijn geen eenmalige acties. Ze moeten blijvend zijn omdat het suïcidaal risico bij suïcidale cliënten altijd terug kan opduiken. Een teamaanpak is van essentieel belang, aangezien u daardoor verplicht bent om op continue basis doorverwijzingen op te volgen en uw acties te coördineren met andere zorgverleners. De hierboven aangeduide acties vertegenwoordigen een groot aantal, maar niet alle voortgezette acties waarvan u gebruik kunt maken om de veiligheid gedurende de volledige behandeling te verbeteren. Werk nauw samen met uw supervisor of team wanneer u een plan voor voortgezette acties uitwerkt. Documenteer tot slot ook de uiteindelijke vooruitgang die uw cliënt heeft geboekt en zijn of haar toestand op het ogenblik dat de behandeling eindigt.



4.3. Documenteren van GATE

Het documenteren van suïcidaal gedrag is van cruciaal belang om de veiligheid van de cliënt te verhogen, de zorg te coördineren tussen de verscheidene professionals die bij de behandeling betrokken zijn en een degelijk medisch en juridisch dossier op te stellen. Documenteren betekent dat een schriftelijk overzicht wordt opgesteld van alle stappen die met betrekking tot GATE werden ondernomen, samen met een verklaring over de conclusies die aantoont welke de reden was om het plan op te stellen dat daaruit is voortgevloeid. Het plan moet zinvol zijn in het licht van de ernst van het risico. De onderstaande voorbeelden voor Roberta, Mark en Fernando illustreren hoe een verscheidenheid van ernstgraden van suïcidaliteit worden gedocumenteerd. Begeleiders, supervisors of consulenten kunnen een dergelijke documentatie aanleveren. Talrijke programma's of regelgevende overheidsinstanties bevelen een bijzonder model aan of leggen dit op, waarin deze documentatie kan worden opgenomen. Doorgaans kan in dergelijke modellen alle informatie worden vermeld die in ons GATE-protocol is vervat.

In de onderstaande nota's is de cursieve tekst de eigenlijke nota. Die voorbeelden zijn de "ideale" versie. Nota's in de dagdagelijkse klinische praktijk zullen wellicht onder dit niveau blijven, zowel wat de gedetailleerdheid als de organisatie betreft. Niettemin dienen deze nota's als modellen dienen van hoe het documenteren moet gebeuren. Instellingen kunnen ook gebruik maken van checklists (bijv. waarschuwingssignalen, risicofactoren, beschermende factoren) als ondersteuning bij het documenteren. Zelfs wanneer u een checklist gebruikt, blijven een afsluitende toelichting en een uiteenzetting van het plan altijd noodzakelijk.

4.3.1. Documentatie voorbeeld 1

De onderstaande informatie komt uit een intake van Roberta, een 40-jarige Afro-Amerikaanse vrouw die een behandeling wou voor haar cocaïneverslaving. Aangezien de situatie niet acuut was, werd er een regelmatig toezicht voorzien en werden er geen onmiddellijke acties ondernomen .

Informatie verzamelen: Toen ze 31 jaar oud was, ondernam de cliënte een suïcidepoging nadat ze was aangerand, ze deed dit door een overdosis slaappillen in te nemen die ze zonder doktersvoorschrift kon krijgen. Ze werd daarvoor in de spoeddienst van een ziekenhuis behandeld, waar ze één nacht in observatie bleef. Ze had tegenstrijdige gevoelens over haar suïcidepoging en was onmiddellijk daarna heel opgelucht dat ze het had overleefd. Sindsdien heeft ze geen andere suïcidepogingen meer ondernomen. Ze vermeldde geen actuele of recente suïcide-ideeën, -plannen of -intentie. Ze gaf aan dat ze geen slaappillen meer gebruikte en er ook geen in haar bezit had. Ze bevestigde dat haar sterke geloof in God haar ervan weerhield om nog een suïcidepoging te ondernemen. Er konden geen waarschuwingssignalen voor suïcidegedrag worden vastgesteld.

Conclusie: Er is een voorgeschiedenis van suïcidegedrag, maar er zijn geen aanwijzingen dat verdere actie moet worden ondernomen.

Toegang tot supervisie: Haar voorgeschiedenis van suïcidegedrag zal op de volgende teamvergadering van 14 januari worden besproken.



4.3.2. Documentatie voorbeeld 2

De onderstaande informatie komt uit de evaluatie bij de opname van Mark, een blanke man van 29 jaar oud, die gescheiden is van zijn vrouw en een behandeling volgt voor zijn alcoholafhankelijkheid. De situatie vereiste onmiddellijk toezicht en een interventie van gemiddelde intensiteit.

Informatie verzamelen: Mark zegt dat hij suïcidegedachten heeft wanneer hij dronken is (ongeveer eenmaal per week). Hij heeft het dan erg lastig met zijn echtscheiding. Die gedachten houden enkele uren aan tot hij in slaap valt. Dat gebeurt wanneer hij alleen thuis is. Hij is niet ingegaan op die gedachten. Hij zegt dat hij geen plan en niet de bedoeling heeft om een suïcidepoging te ondernemen en dat hij geen vuurwapen in zijn bezit heeft. Hij maakt ook geen melding van een voorgeschiedenis van suïcidepogingen.

Toegang tot supervisie: De auteur van dit verslag laste een pauze in het opnamegesprek in om deze informatie te controleren samen met zijn supervisor, John Davidson, LCSW (Gediplomeerd Klinisch Sociaal Werker).

Conclusie: Er wordt besloten dat een spoedinterventie niet vereist is, omdat Mark niet is ingegaan op zijn suïcidegedachten en geen suïcideplan of -intentie heeft. Niettemin is een verdere evaluatie aangewezen gezien zijn suïcide-ideeën, de huwelijksbreuk en de actieve alcoholafhankelijkheid.

Actie ondernemen: Ik heb die overwegingen samen met Mark bekeken en hij ging akkoord met een doorverwijzing voor een ambulante evaluatie van zijn geestelijke gezondheidstoestand. Mark heeft een afspraak op 18 juni om 13 uur met Martha Jones, MSW (Master in sociaal werk), van de Mental Health Clinic (Kliniek voor Geestelijke Gezondheidszorg).

De actie voortzetten: Op dinsdag 17 juni heeft de auteur Mark gebeld om hem aan zijn afspraak te herinneren. Hij zei dat hij wist dat hij een afspraak had en van plan was om er naartoe te gaan. Ik heb de Mental Health Clinic (Kliniek voor Geestelijke Gezondheidszorg) op 18 juni in de late namiddag gebeld. Mark was op de afspraak verschenen en had een tweede afspraak gemaakt voor de week daarna.

4.3.3. Documentatie voorbeeld 3

De onderstaande informatie komt uit een voortgangsnota voor Fernando, een mannelijke Latino van 22 jaar. Hij is een veteraan van de oorlog in Irak, die zijn behandeling voor alcohol- en opiatenafhankelijkheid goed heeft gevolgd, maar groepstherapiesessies heeft gemist en in de afgelopen 10 dagen de telefonische oproepen niet heeft beantwoord. Die situatie deed zich voor in een kliniek voor de behandeling van middelenmisbruik in een ziekenhuis en vereiste onmiddellijke en zeer intensieve begeleiding .

Informatie verzamelen: Fernando kwam om 10.20 uur vandaag onaangekondigd de kliniek binnen en zegde dat hij 10 dagen geleden was teruggevallen in zijn alcohol- en opiatengebruik en dat hij sindsdien dagelijks en zwaar had gebruikt. Het ademtestapparaat gaf .08 aan en hij zegde dat hij eerder in de voormiddag twee zakjes heroïne had gebruikt. Hij vermeldde dat hij de afgelopen nacht een geladen geweer op zijn schoot had terwijl hij dronken en high was en dat hij zelfdoding had overwogen .

Toegang tot supervisie: Aan de supervisor van de auteur van dit verslag, Janice Davis van het CDC (Centrum voor ziektepreventie en –bestrijding) werd gevraagd om deze sessie bij te wonen.

Conclusie: Er werd beslist dat een spoedinterventie noodzakelijk was wegens intensief middelengebruik, suïcidegedachten met een dodelijk plan en toegang tot een wapen.

Actie ondernemen: Om 11 uur hebben een bewakingsagent van het ziekenhuis en de auteur van dit verslag Fernando naar de spoedafdeling gebracht, waar hij werd opgenomen. Hij werkte de hele tijd goed mee.

De actie voortzetten: Dr. McIntyre van de Emergency Department (Spoedafdeling), besliste dat Fernando in het ziekenhuis moest worden opgenomen. Hij wacht op dit ogenlik op een datum voor opname. De auteur van dit verslag zal de situatie opvolgen samen met de ziekenhuisafdeling nadat hij daar is opgenomen en het probleem van zijn toegang tot een wapen aankaarten.

5. Competenties

U hebt nu enige basisinformatie gekregen over zelfdoding en over de gevolgen van suïcidegedachten en –gedragingen voor de behandeling van middelenmisbruik. Door de stappen die in deze richtlijn als GATE werden samengevat, bent u beter vertrouwd geraakt met de rol die u kunt spelen in de behandeling van suïcidegedachten en –gedragingen. Deze vaardigheden resulteren in een shortlist van de kennis, vaardigheden en attitudes die u nodig hebt om doeltreffend te kunnen samenwerken met mensen met middelenmisbruik die daarnaast ook suïcidaal zijn of een voorgeschiedenis van suïcidegedachten en –gedragingen hebben.

Het Consensuspanel is het eens geworden over acht competenties die nodig zijn om met suïcidale cliënten te werken in omgevingen waar middelenmisbruik wordt behandeld. Die competenties zijn afkomstig van meerdere bronnen, onder andere de *Practice Guideline and Resources for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors* (American Psychiatric Association, 2003), *Assessing and Managing Suicidal Risk: Core Competencies for Mental Health Professionals* (American Association of Suicidology, Suïcide Prevention Resource Center, and Education Development Center, 2006) en *The Assessment and Management of Suicidality* (Rudd, 2006). Ze weerspiegelen de basiskennis, -vaardigheden en -attitudes waarover u als begeleider bij middelenmisbruik dient te beschikken om doeltreffend te kunnen werken met cliënten die suïcidegedachten en – gedragingen vertonen en die de basis vormen van de vaardigheden die in hoofdstuk 2 van deze richtlijn zijn aangegeven. Slechts weinige begeleiders zullen alle competenties goed kunnen uitvoeren. Niettemin is het nuttig om te beoordelen welke uw sterke en zwakke punten zijn met betrekking tot deze competenties. Daardoor zult u zeker uw vaardigheden kunnen verbeteren om met die personen samen te werken.

COMPETENTIES OM SUÏCIDEGEDACHTEN EN- GEDRAGINGINGEN AAN TE PAKKEN BIJ CLIËNTEN DIE EEN BEHANDELING VOOR MIDDELENMISBRUIK VOLGEN[2]

Kerncompetenties	Kennis	Vaardigheden	Attitudes
1. GATE: verzamel informatie door consequent uniforme screeningvragen te stellen aan nieuwe cliënten, herken waarschuwingssignalen en stel follow-up vragen over suïcidegedachten en –gedragingen en over waarschuwingssignalen	• Het belang om stelselmatig over zelfdoding te spreken, omdat dit een van de voornaamste doodsoorzaken is van personen met stoornissen in middelengebruik • Het belang om stelselmatig personen te screenen en na te gaan wat moet worden gedaan indien een screening positief is • De waarschuwingssignalen die aangeven dat er vragen moeten worden gesteld • De follow-upvragen die moeten worden gesteld om suïcidegedachten te duiden • De follow-upvragen die moeten worden gesteld om suïcidepogingen	• Consequent screeningsvragen stellen • Consequent waarschuwingssignalen herkennen • Consequent follow-upvragen stellen wanneer screeningsvragen of waarschuwingssignalen aangeven dat dit nodig is • Vragen over zelfdoding stellen op een manier die geen oordeel velt en geen confrontatie uitlokt • Op een ondersteunende manier informatie verzamelen over suïcidegedachten, onder andere over de frequentie, de intensiteit en de factoren die de suïcidegedachten meer of minder	• De screening op zelfdoding bekijken, uitkijken naar waarschuwingssignalen en opvolgingsvragen stellen als vast onderdeel van uw job als begeleider bij middelenmisbruik, gezien het verhoogde risico van suïcidaal gedrag bij cliënten met middelenmisbruik • Proberen om suïcidegedachten en –gedragingen zo goed mogelijk te begrijpen, zonder een formele rol als expert te spelen of onafhankelijke oordelen over het risico te vellen. • De redenen van de cliënten waarom ze suïcidaal zijn niet van de hand wijzen en hun

2

	te duiden	pijnlijk maken • Op een ondersteunende manier informatie verzamelen over suïcidepogingen, onder andere over de mate waarin de persoon wenste te sterven, de gebruikte methode en de eventuele gekregen behandeling • Informatie verzamelen op een manier die rekening houdt met de cultuur	suïcidegedachten of –gedragingen niet bagatelliseren. • Proberen om de moedeloosheid van uw cliënten en hun standpunt te begrijpen. • De angst beheren die ontstaat wanneer u zich in de situatie van de cliënten inleeft.

Kerncompetenties	Kennis	Vaardigheden	Attitudes
2. GATE Toegang tot supervisie of overleg om de kwaliteit van de zorg te verzekeren en de volgende stappen in de dienstverlening en de doorverwijzing naar bijkomende voorzieningen te plannen. Er moet input worden gekregen van supervisors en/of consulenten voor de interpretatie van de informatie die werd verzameld over suïcidegedachten en	• De noodzaak om een dergelijke input te krijgen voor de behandelingspla n • Hoe moet materiaal over suïcidegedachte n en -gedragingen, met inbegrip van informatie die wordt geleverd door cliënten en andere bronnen, worden georganiseerd om optimaal	• De informatie op een efficiënte en georganiseerde manier voorleggen aan een supervisors of consulent. Alle potentieel relevante informatie voorleggen (vermijden om de gegevens selectief voor te stellen, bijvoorbeeld om één bepaalde actie als waarschijnlijker naar voren te	• Bereid zijn om input en/of hulp te zoeken wanneer suïcidegerelateer de informatie de noodzaak daarvan aantoont • Ervoor opteren om input te krijgen wanneer er twijfel over bestaat of een dergelijke input vereist is • Een positieve attitude




–gedragingen.	gebruik te maken van supervisie of overleg • Het crisisplan van uw instelling in een noodsituatie	schuiven dan een andere) • Informatie uit verscheidene bronnen, supervisie of overleg in een actieplan integreren • Een actieplan voorbereiden gebaseerd op informatie die werd ingewonnen tijdens klinische supervisie of overleg	behouden tegenover het aanbod van supervisie of tot overleg bereid zijn om gebruik te maken van een dergelijke input

Kerncompetenties	Kennis	Vaardigheden	Attitudes
3. GATE: Verantwoordelijke actie ondernemen door een behandelingsplan te ontwikkelen en uit te voeren om suïcidaliteit aan te pakken en het plan met andere diensten coördineren.	• De noodzaak van doorverwijzing voor de assessment en behandeling van suïcidegedachten en –gedragingen of daarmee samenhangende geestelijke gezondheidsproblemen • De rollen kennen van een groot aantal gemeenschapsinstellingen en -voorzieningen m.b.t. zelfdoding en noden in verband met geestelijke	• Ingaan op een positieve screening van het suïciderisico en op waarschuwingssignalen (bij opname, tijdens behandeling en bij overgangen in de zorg) • Deelnemen aan de uitwerking en uitvoering van een schriftelijke assessment en behandelplan dat ingaat op het suïciderisico van de cliënt en op zijn of haar problemen met	• De objectiviteit bewaren in gesprekken over suïcidegedachten met cliënten • Een therapeutisch standpunt behouden met cliënten die zich verzetten tegen een plan om op een crisis te reageren of tegen een overeenkomst waarbij ze zich ertoe verbinden een behandeling te volgen.

	gezondheid • Hoe tijdig doorverwijzen naar dergelijke instellingen en voorzieningen? (bijv. welke nummers kan men bellen?, waar moet de cliënt naartoe worden gestuurd?, wat mag hij of zij daarvan verwachten?) • Elementen van samenwerking in gezamenlijke behandelingsplanning van verschillende diensten • Het principe dat het niveau van respons op suïcidaliteit door aanbieders moet overeenstemmen met het niveau van acuutheid van het risico (m.a.w. het plan moet zinvol zijn in het licht van de ingeschatte noodzaak)	middelenmisbruik • Samenwerking met de supervisor en/of het behandelingsteam om een noodplan uit te werken dat de veiligheid van cliënten met een hoog risico verzekert • Cliënten doorverwijzen naar geschikte voorzieningen, met inbegrip van de hulp aan cliënten die zich ertegen verzetten om doorverwijzingen te aanvaarden en tot het einde te volgen • Principes van crisismanagement toepassen bij actief suïcidale cliënten • De suïcidemethode beperken bij suïcidale cliënten (bijv. wapens verwijderen, de beschikbaarheid van geneesmiddelen beperken)	• De objectiviteit bewaren bij het afwegen van het voordeel van een ziekenhuisopname voor individuele cliënten, in nauw overleg en in nauwe samenwerking met andere leden van het behandelingsteam en professionals. • Therapeutisch reageren op cliënten die tijdens de behandeling sterke emoties vertonen, zoals hopeloosheid, verdriet, angst of woede • Een positieve en niet-bestraffende houding innemen tegenover cliënten die zich niet houden aan behandelingsplanning • Zich bewust zijn van attitudes van zichzelf of anderen tegenover het ongepaste

			gebruik van dwangmaatregelen bij suïcidale cliënten.

Kerncompetenties	Kennis	Vaardigheden	Attitudes
4. GATE: De verantwoordelijke actie(s) voortzetten door te verzekeren dat de afspraken bij een doorverwijzing worden nagekomen, informatie te delen en de cliënten te blijven opvolgen na crisissen (door een permanente coördinatie met aanbieders van geestelijke gezondheidszorg en het verzekeren van de steun van familieleden en gemeenschapsvoorzieningen, indien aangewezen).	• Waarschuwingssignalen en veranderingen in dergelijke signalen die kunnen wijzen op een verslechtering van de toestand of op een nakend risico • Strategieën om samen te werken met andere disciplines en instellingen op een manier die aan de noden van de cliënt tegemoetkomt en voor alle partijen van voordeel is • Strategieën om samen te werken met familieleden en andere ondersteunende gemeenschapsvoorzieningen op een manier die aan de noden van de cliënt tegemoetkomt en voor alle partijen van	• De terugkeer van waarschuwingssignalen opvolgen en erop reageren • Samenwerken met andere aanbieders van behandelingen, onder andere ook aanbieders van geestelijke gezondheidszorg • Cliënten opvolgen en opsporen om de kwaliteit van de zorgverlening te kunnen nagaan • Cliënten helpen om doorverwijzingen naar gemeenschapsvoorzieningen te aanvaarden en tot het einde te volgen • Samenwerken met familieleden om ervoor te zorgen dat de behandeling beter wordt gevolgd en de	• Een objectieve attitude behouden tegenover een groot aantal verschillende hulporganisaties en hun personeel, zonder een oordeel te vellen • Ervoor pleiten dat suïcidale cliënten een behandeling krijgen en gebruik maken van de mogelijkheden die door gemeenschapsvoorzieningen en door hun familie worden aangeboden, zonder verantwoordelijkheid op te nemen voor hun gedrag. • Tot het besef komen dat een aantal gemeenschapsvoorzieningen die samenwerken nuttiger werk kunnen leveren




	voordeel is	veiligheid wordt verhoogd • De attitudes en waarden van de familie onderzoeken die de behandeling zouden kunnen vergemakkelijken of bemoeilijken • De dienstverlening aan de cliënten permanent documenteren	dan een persoon of een instelling die alleen werkt. • De toegevoegde waarde van familie- en andere ondersteunende systemen erkennen

Kerncompetenties	Kennis	Vaardigheden	Attitudes
5. Basiskennis over de rol van waarschuwingssignalen, risicofactoren en beschermende factoren in geval van een suïciderisico bij personen met stoornissen in middelengebruik	*Waarschuwingsignalen* • Direct: Communicatie over zelfdoding Toegang proberen te krijgen tot een methode Voorbereidingen treffen • Indirect I = Ideation S = Substance Abuse P = Purposelessness A = Anxiety T = Trapped H = Hopelessness W = Withdrawal A = Anger R = Recklessness M = Mood Changes *Risicofactoren* • Voorgeschiedenis van eerdere suïcidepogingen • Voorgeschiedenis van suïcidepogingen in de familie • Ernstig middelenmisbruik	• Het verschil begrijpen tussen het perspectief/de doelstellingen (bijv. de doelstelling van de begeleider om zelfdoding te vermijden en de doelstelling van de cliënt om de psychologische pijn uit te schakelen) en noodzaak voor de begeleider en de cliënt om samen te werken en gemeenschappelijke doelstellingen uit te werken • Een realistische inschatting maken van de competentie, training en tijd die iemand heeft om een suïcidale cliënt met een stoornis in	• Zijn eigen reacties op suïcidaal gedrag beheren • Een therapeutische houding innemen die op samenwerking gericht en niet-conflictueus is • Zich inleven in een situatie en geen oordeel vellen in contacten met personen die suïcidege

	• Comorbide geestelijke stoornissen • Persoonlijkheidsstoornis of aanpassingsmoeilijkheden • Misbruik als kind (voornamelijk seksueel) • Stresserende levensomstandigheden • Eigendom van of toegang tot een vuurwapen *Beschermende factoren* • Geen alcohol- of drugsverslaving meer • Toebehoren tot een religieuze gemeenschap/geloofsovertuiging die zelfdoding afkeurt • Een verantwoordelijkheid voor de opvoeding van kinderen • Een harmonieus huwelijk • Een vertrouwelijke relatie met een behulpzame aanbieder	middelengebruik te evalueren en hem of haar zorg te verstrekken • Waarschuwingssignalen, risicofactoren en beschermende factoren opmerken, maar niet onafhankelijk een formele risico-assessment uitvoeren (zonder gespecialiseerde opleiding en training)	dachten en – gedragingen vertonen

Kerncompetenties	Kennis	Vaardigheden	Attitudes
6. Empathie hebben voor personen die suïcidaal zijn, in het bijzonder wanneer ze chronisch suïcidaal zijn, door begrip te tonen voor de complexe redenen voor hun suïcidale gedrag en een onderscheid te maken tussen	• Er is normaal meer dan één reden voor zelfdoding • Ambivalentie over zelfdoding is normaal en aarzelen (of tegenstrijdige gedragingen vertonen) in verband met zelfdoding garandeert helemaal niet dat de cliënt in de toekomst veilig is	• Het standpunt van de cliënt begrijpen en aanvaarden. • Ondersteuning bieden aan potentieel suïcidale cliënten bij tegenslagen en overgangen in de behandeling en op momenten waarop er zich	• Erkennen dat de percepties van de redenen voor het suïcidale gedrag door de cliënt in overeenstemming zijn met hun eigen perceptie, ook al zijn ze niet noodzakelijk logisch voor anderen





mythes en feiten over zelfdoding.	• Het is niet zeker dat, bij cliënten die chronisch suïcidaal zijn (bijv. personen die in zich in het verleden zelf hebben verwond om te manipuleren of aandacht te krijgen), zelfdoding uitgesloten is • Bij cliënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis komen suïcidale gedragingen bijzonder vaak voor	stresserende gebeurtenissen voordoen in hun leven • De cliënt doorverwijzen om met zijn of haar aanbieder van geestelijke gezondheidszorg te spreken over de problemen die verband houden met de chronische suïcidegedachten en -gedragingen • Nauw samenwerken met die aanbieders om het risico te beperken	• Eigen attitudes identificeren die contraproductief zijn voor het omgaan met het suïciderisico. • Suïcidaal gedrag bij een cliënt aanpakken als een complex probleem waarop op vele verschillende manieren kan worden gereageerd.

Kerncompetenties	Kennis	Vaardigheden	Attitudes
7. Culturele vaardigheden De overtuigingen, taal, omgangsvormen en gedragingen van de cultuur van de personen en families aan wie u diensten verleent erkennen en respecteren.	• De overtuigingen, normen en waarden van een cultuur beïnvloeden de ideeën over de aard van de relaties, de manier waarop mensen leven en de manier waarop ze hun wereld inrichten. • Geen enkele cultuur is volledig immuun tegen zelfdoding. • Zelfdoding kan, afhankelijk van de cultuur, op een andere manier worden bekeken	• Efficiënt werken wanneer u met interculturele situaties wordt geconfronteerd • U identificeren met en aanpassen aan de culturele normen van uw cliënten • Uw vragen stellen op een manier die rekening houdt met hun cultuur • Bij doorverwijzingen rekening houden met de cultuur van uw cliënten	• De verschillen tussen diverse culturele groepen in aanmerking nemen • Erkennen dat cliënten hun dilemma moeten voorstellen met inachtneming van hun culturele normen. • U ervan bewust zijn dat verschillende culturen zelfdoding op verschillende manieren gebruiken en voorstellen.

Kerncompetenties	Kennis	Vaardigheden	Attitudes
8. Juridische en ethische aangelegenheden. Zorg ervoor dat u de juridische en ethische aangelegenheden (voor de begeleider) begrijpt die te maken hebben met de assessment, het beheer en het documenteren van een suïciderisico.	• Stappen die nodig zijn om informed consent te krijgen • Elementen die verband houden met de risicoscreening en behandelingsplanning • Hoe en wanneer moeten klinische supervisie of overleg met een oudere collega gebeuren wanneer een cliënt suïcidaal is? • Welke wetten zijn er over zelfdoding • Welke zijn de regelgevende statuten en het beleid inzake risicobeheer van de instelling? • Juridische aangelegenheden in verband met suïcidale cliënten • Uitzonderingen op de vertrouwelijkheid	• De informed consent, informatie uit de screening, waarschuwingssignalen, overwegingen in verband met het risico, behandelingsplan, zorgbeheer, wisselwerking met collega's, vooruitgang en de resultaten documenteren. • De dossiers van de cliënt en de rechten op bescherming van de persoonsgegeven en vertrouwelijkheid beschermen volgens de Health Insurance Portabilty and Accountabilty Act (HOPAA)[3] • Onder klinisch toezicht, de normale en gebruikelijke zorg voor die cliënten uitvoeren. • De rechten van de cliënt beschermen in geval van een suïcidepoging of van het overlijden van een cliënt door zelfdoding.	• Ervan bewust zijn dat een "wat ik u niet vraag, vertelt u me niet"-beleid in verband met zelfdoding doorgaans de kans op gerechtelijke vervolging verhoogt (en niet vermindert) • Ervan bewust zijn dat het documenteren van een suïcidepoging de veiligheid van uw cliënt verbetert, de communicatie tussen de aanbieders verhoogt en belangrijk is voor de samenstelling van het medische/juridische dossier. • Ervan bewust zijn dat zorg weigeren aan personen die suïcidaal zijn en hen doorverwijzen zonder na te gaan of ze op die doorverwijzing ook effectief ingaan doorgaans de kans op een gerechtelijke vervolging

[3] Dit is specifiek voor de Amerikaanse context.

			verhoogt (en niet vermindert). • Objectief bepalen of overleg met een andere professional voor bepaalde personen nuttig zou kunnen zijn • U ervan bewust zijn dat uw aanpak in overeenstemming moet zijn met de juridische en regelgevende voorschriften die verband houden met het werken met suïcidale cliënten • Nooit toelaten dat de kwaliteitsvolle zorgverlening aan cliënten lijdt onder de vrees om een blaam te krijgen of met een rechtszaak te worden geconfronteerd

6. Volgende stappen

U bent waarschijnlijk beginnen nadenken over hoe u een suïcidale cliënt kunt bijstaan in uw eigen programma voor de behandeling van middelenmisbruik. U beschikt nu over basisinformatie, fundamentele klinische principes en positieve attitudes, basisfeiten over zelfdoding en hoe dit in verband staat met stoornissen in middelengebruik, een aantal vaardigheden die u zullen helpen om suïcidaal gedrag aan te pakken en richtlijnen over welke uw rol als begeleider bij middelengebruik kan zijn wanneer u met cliënten werkt die suïcidaal zijn.